



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

TESIS DE GRADO
PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE OBSTETRÍZ

TEMA:

**“MULTIPARIDAD COMO FACTOR DE RIESGO OBSTÉTRICO Y
REPRODUCTIVO EN LAS GESTANTES QUE ACUDIERON A LA
CONSULTA PRENATAL DEL HOSPITAL PROVINCIAL MARTÍN ICAZA
DE LA CIUDAD DE BABAHOYO, EN EL PERIODO COMPRENDIDO DEL 1
DE OCTUBRE DEL 2010 AL 30 DE ABRIL DEL 2011”**

AUTORAS:

KAN WINGING AMEN YANG
JENNIFER ANDREINA VECILLA CAYAMBE

TUTORA:

OBST. GINA MEDINA ERRÁZURIZ

BABAHOYO- LOS RIOS

2010-2011

AUTORIA

Todos los conceptos, procedimientos, conclusiones, recomendaciones y criterios vertidos en la tesis de Obstetriz, son exclusiva responsabilidad de nuestra autoría.

Atentamente,

Kan Winging Amen Yang

Jennifer Andreina Vecilla Cayambe



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

APROBACION DEL TRIBUNAL

Los miembros del Tribunal Examinador aprueban el informe de investigación sobre el tema **“MULTIPARIDAD COMO FACTOR DE RIESGO OBSTETRICO Y REPRODUCTIVO EN LAS GESTANTES QUE ACUDIERON A LA CONSULTA PRENATAL DEL HOSPITAL PROVINCIAL MARTIN ICAZA DE LA CIUDAD DE BABAHOYO EN EL PERIODO COMPRENDIDO DEL 1 DE OCTUBRE DEL 2010 AL 30 DE ABRIL DEL 2011”**

FIRMA DEL TRIBUNAL

DEDICATORIA

Dedico este proyecto de tesis a Dios y a mis padres.

A Dios porque ha estado conmigo en cada paso que doy, cuidándome y dándome fortaleza para continuar; a mis padres, quienes a lo largo de mi vida han velado por mi bienestar y educación siendo mi apoyo en todo momento, depositando su entera confianza en cada reto que se me presentaba.

También quiero agradecer a mi amiga Jennifer Vecilla por todos estos años de amistad, y por haber sido una gran compañera de tesis.

Kan Winging Amen Yang

DEDICATORIA

A mi señor Jesús, quien me dio la fe, la fortaleza para terminar este trabajo.

A mi madre y a mi tía, quienes me brindaron su amor, su comprensión, su estímulo y su apoyo constante para que yo pudiera alcanzar la meta propuesta, evidencia de su gran amor ¡Mil gracias!

De igual forma a Kan Amen por ser una amiga incondicional en el transcurso de toda nuestra vida estudiantil, motivándonos las dos siempre a salir adelante.

Jennifer Andreina Vecilla Cayambe

AGRADECIMIENTO

Uno de los valores más importantes de las personas es la gratitud, en este sentido debemos expresar nuestro agradecimiento eterno a Dios, por habernos permitido conocer el significado de la vida, rodeadas de todas las personas que queremos, quienes con mucho esfuerzo nos han guiado para superarnos día a día

A los funcionarios del Hospital Provincial Martín Icaza y a aquellas pacientes que participaron desinteresadamente en las encuestas y demás partes de la investigación, proporcionando información valiosa y necesaria para la elaboración de la presente tesis.

A todos muchas gracias.

INDICE

INTRODUCCIÓN	1
1 CAMPO CONTEXTUAL PROBLEMÁTICO	3
1.1 Contexto Nacional, Regional, Local y/o Institucional	3
1.2 Ecuador	3
1.3 Los Ríos.....	8
1.4 Babahoyo.....	9
1.5 Hospital Provincial Martín Icaza.....	11
1.6 Situación actual del objeto de investigación	11
1.7 Formulación del Problema	12
1.7.1 Problema General	12
1.7.2 Problemas derivados.....	12
1.8 Delimitación de la Investigación.....	13
1.9 Justificación	13
1.10 Objetivos.....	14
1.10.1 Objetivo General	14
1.10.2 Objetivos Específicos	14
2 MARCO TEÓRICO.....	15
2.1 Alternativas teóricas asumidas	15
2.1.1 Multiparidad.....	15
2.1.2 Riesgo gineco-obstétrico.....	15
2.1.3 Riesgo Reproductivo	19
2.1.4 Salud Sexual y Reproductiva	20
2.1.4.2 Control Prenatal	26
2.1.4.3 Psicoprofilaxis Obstetrica	38
2.1.4.4 Parto.....	43

2.1.4.5	Planificación Familiar	48
2.1.4.5.1	Servicios de planificación familiar	48
2.1.4.5.2	Métodos anticonceptivos.....	49
2.1.5	Estudios de anteriores.....	52
2.1.5.1	Alta multiparidad como factor de riesgo materno en la Maternidad German Urquidi	52
2.1.5.2	Multiparidad pone en riesgo la vida de las madres	53
2.2	Planteamiento de Hipótesis	54
2.2.1	Hipótesis General.....	54
2.2.2	Hipótesis Específicas	54
2.2.3	Operacionalización de las Hipótesis Específicas	55
3.	METODOLOGÍA.....	56
3.1	Tipo de Investigación	56
3.1.1	Fuentes de Información Secundarias.....	57
3.2	Universo y Muestra	57
3.3	Métodos y técnicas de Recolección de Información	58
3.3.1	Métodos de investigación.....	58
3.4	Procedimiento.....	59
4	ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....	61
4.1	Tabulación e Interpretación de Datos	61
4.2	Comprobación y Discusión de Hipótesis.....	72
4.3	Conclusiones	74
4.4	Recomendaciones	75
5.	PROPUESTA ALTERNATIVA.....	76
5.1	Presentación.....	76
5.2	Objetivos.....	76
5.2.1	Objetivo General	76
5.2.2	Objetivos Específicos	76
5.3	Contenidos.....	77
5.3.1	Componentes.....	77

5.3.2	Detalle del contenido.....	78
5.4	Recursos.....	100
5.5	Cronograma de Ejecución de la Propuesta	101
6.	BIBLIOGRAFÍA	102
7.	ANEXOS	104
7.2.	Anexo 1: Encuesta.....	105
7.3.	Fichas médicas	107
7.4.	Métodos anticonceptivos.....	112

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1:	Presencia de Multiparidad por edades.....	62
Tabla 2:	Problemas por multiparidad por etapa	65
Tabla 3:	Presencia de problemas por edades durante el embarazo.....	66
Tabla 4:	Presencia de problemas por edades en el post-operatorio.....	67
Tabla 5:	No presencia de problemas por edades	68
Tabla 6:	Tipo de problemas presentes durante el embarazo	69
Tabla 7:	Tipo de problemas presentes en el post-operatorio.....	70
Tabla 8:	Presencia de Histeretomías dentro del total de atonías uterinas	71

ÍNDICE DE ILUSTRACIONES

Ilustración 1:	Presencia de Multiparidad por edades	62
Ilustración 2:	Problemas por multiparidad por etapa.....	65
Ilustración 3:	Presencia de problemas por edades durante el embarazo	66
Ilustración 4:	Presencia de problemas por edades en el post-operatorio	67
Ilustración 5:	No presencia de problemas por edades	68

Ilustración 6: Tipo de problemas presentes durante el embarazo.....	69
Ilustración 7: Tipo de problemas presentes en el post-operatorio.....	70
Ilustración 8: Presencia de Histeretomías dentro del total de atonías uterinas	71

INTRODUCCIÓN

Décadas atrás, y debido a la falta de métodos anticonceptivos confiables y económicos, era normal que existan familias muy numerosas, donde la cantidad de hijos muchas veces superaba la media docena, y además estos eran concebidos en periodos intergestacionales muy cortos, lo cual es muy riesgoso para a vida de la madre y del hijo.

Hoy en día, se ha solucionado el problema de los anticonceptivos, los cuales ahora existen en un gran número, tipos, marcas y diversos precios de venta. Sin embargo aun existen muchas situaciones donde la mujer se embaraza nuevamente al poco tiempo de haber concebido un hijo, y algunas veces lo hace más de una ocasión. De este grupo de mujeres, un gran número pertenecen a adolescentes y jóvenes de 15 a 19 años de edad, las cuales corren aun más peligro debido a que su corta edad aun no permite que su organismo pueda resistir un elevado número de partos de forma tan continua.

A este problema se lo conoce como Multiparidad, y es considerado una de las principales causas de muerte de la madre y del bebe durante y después del embarazo. Es lógico pensar que esta situación está directamente ligada a la falta de educación sexual y planificación familiar, lo cual muchas veces está relacionado con los países donde su población es un su mayoría de clase baja, y no tienen acceso a la educación básica y necesaria para poder entender y evitar este tipo de temas.

El presente documento realiza un estudio profundo de una muestra de pacientes mujeres del Hospital Provincial Martín Icaza de la ciudad de Babahoyo, que se atendieron en el periodo comprendido del 1 de octubre del 2010 al 30 de abril del 2011, y que presentaron multiparidad; el estudio muestra y analiza estadísticas acerca de los inconvenientes a nivel obstétrico y reproductivo que se diagnosticaron en las gestantes que acudieron a la consulta prenatal.

1 CAMPO CONTEXTUAL PROBLEMÁTICO

1.1 Contexto Nacional, Regional, Local y/o Institucional

La investigación se desarrolló en el ámbito local, es decir la ciudad de Babahoyo, pero su estudio y tema de análisis entra en el contexto de la medicina general, es decir estos datos podrán ser tomados como referencias para estudios posteriores que se realizan a nivel nacional o internacional.

El área específica de estudio es la obstetricia, la institución es un hospital público donde generalmente se atienden pacientes de escasos recursos económicos, quienes, en el caso específico del presente estudio, son la gran mayoría.

A continuación datos generales del contexto en el cual se desarrolla la investigación:

1.2 Ecuador

Ecuador (oficialmente República del Ecuador) es un país situado en la parte noroeste de América del Sur. Ecuador limita al norte con Colombia, al sur y al este con Perú y al oeste con el océano Pacífico. El país tiene una extensión de 256.370 km² y una población de más de 14 millones de personas. Ecuador es surcado de norte a sur por una sección volcánica de la cordillera de los Andes (70 volcanes, siendo el más alto el Chimborazo, con 6.310 msnm) Al oeste de los Andes se presentan el Golfo de Guayaquil y una

llanura boscosa; y al este, la Amazonia. Es el país con la más alta concentración de ríos por kilómetro cuadrado en el mundo. En el territorio ecuatoriano, que incluye las islas Galápagos 1000 km al oeste de la costa, se encuentra la biodiversidad más densa del planeta.

El idioma oficial y de relación intercultural es el español, con sus peculiaridades y modismos propios de cada zona o región. El quichua, el shuar, el tsáfiqui y "demás idiomas ancestrales son de uso oficial para los pueblos indígenas, en los términos que fija la ley".

Según el censo de 2001¹ (el censo actual aun no da información sobre este tema), el 94% de la población habla español y el 4,8% habla alguna lengua nativa (3,7% hablan lengua nativa y español; 1,1% hablan sólo una lengua nativa). De las 13 lenguas nativas que fueron contabilizadas por el mencionado Censo, el quichua, hablado por el 4.1% de la población, es la más difundida. La segunda lengua nativa es el shuar, hablado por el 0,4% de la población.

La regionalización es la unión de 2 o más provincias contiguas, con el fin de descentralizar las funciones administrativas de la capital Quito. En el Ecuador existen 7 regiones, conformadas cada una por las siguientes provincias:

- Región 1: Esmeraldas, Carchi, Imbabura y Sucumbios. Sede administrativa: Ibarra
- Región 2: Pichincha, Napo y Orellana. Sede administrativa: Tena
- Región 3: Chimborazo, Tungurahua, Pastaza y Cotopaxi. Sede administrativa: Riobamba

¹ Instituto Nacional de Estadísticas y Censos

- Región 4: Manabí, Galápagos y Santo Domingo de los Tsachilas. Sede administrativa: Ciudad Alfaro
- Región 5: Santa Elena, Guayas, Los Ríos y Bolívar. Sede administrativa: Milagro
- Región 6: Cañar, Azuay y Morona Santiago. Sede administrativa: Cuenca
- Región 7: El Oro, Loja y Zamora Chinchipe. Sede administrativa: Loja
- Quito y Guayaquil son distritos metropolitanos.

Ecuador se encuentra sobre la línea ecuatorial terrestre por lo cual su territorio se encuentra en ambos hemisferios. Comprende dos espacios distantes entre sí: el territorio continental al noroeste de América del Sur con algunas islas adyacentes a la costa y, el archipiélago o provincia insular de Galápagos, que se encuentra a casi 1.000 kilómetros de distancia del litoral ecuatoriano en el Océano Pacífico.

Las principales unidades del relieve ecuatoriano son la llanura costera al norte del Golfo de Guayaquil, la sección de la Cordillera de los Andes en el centro del país y un extenso sector de la llanura amazónica ubicado al oriente del país.

Hacia el suroeste se ubica el Golfo de Guayaquil, donde desemboca el río Guayas en el Océano Pacífico. Muy cerca de Quito, la capital, sobre la cordillera de los Andes, se alza el Cotopaxi, el volcán activo más alto del mundo.

El punto más alto del Ecuador es el volcán Chimborazo, con 6.313 metros de altura sobre el nivel del mar y cuya cima es el lugar más lejano al núcleo de la tierra debido a la silueta elíptica del planeta.

La cordillera andina es el divortium aquarum entre la cuenca hidrográfica del río Amazonas, que discurre hacia el este, y del Pacífico, que incluye de norte a sur los ríos: Mataje, Santiago, Esmeraldas, Chone, Guayas, Jubones y Puyango-Tumbes.

Debido a la presencia de la cordillera de los Andes y según la influencia del mar, el Ecuador continental se halla climatológicamente fragmentado en diversos sectores. Además, a causa de su ubicación tropical, cada zona climática presenta sólo dos estaciones definidas: húmeda y seca.

Tanto en la Costa como en el Oriente la temperatura oscila entre los 20°C y 33°C, mientras que en la sierra, ésta suele estar entre los 8°C y 26°C. La estación húmeda se extiende entre diciembre y mayo en la costa, entre noviembre a abril en la sierra y de enero a septiembre en la Amazonía. Galápagos tiene un clima más bien templado y su temperatura oscila entre 22 y 32 grados Celsius, aproximadamente.

Estas estaciones húmedas y secas causan en cada región del país diferentes estaciones climáticas diferentes.

Así mientras que de Enero a Abril es principalmente verano y una mayor temporada de playa en toda la región litoral o costa ecuatoriana así como en la Amazonía; en la sierra en esos mismos meses es temporada de invierno y mayor número de días nublados.

Del modo contrario de Julio a Septiembre, en la Amazonía, en la costa o litoral es invierno, para incluso algunas playas mayormente en la provincia de Esmeraldas con un clima mas moderado siguen siendo disfrutadas, en otras como Salinas son claramente frías. Mientras que en la sierra en esos meses tendremos el verano, con días calurosos y mucho sol.

La tortuga galápagos, el cóndor y el Parque Nacional Yasuní son algunos de los símbolos nacionales del Ecuador. Posee una rica fauna y flora por lo que se encuentra dentro de la lista de países megadiversos. En efecto, el bioma de selva o bosque tropical se extiende por la mayor parte de su territorio, mientras que en el occidente, adyacente a la costa, se encuentra también el bioma del bosque seco y de los manglares.

Al Norte de la provincia de Esmeraldas en un lugar conocido como Majagual, se encuentran los manglares más altos del mundo.

En las alturas cordilleranas, se hallan dispersos además los bosques y los páramos andinos. El occidente forma parte del Chocó biogeográfico y el Oriente, de la Amazonía.

Las islas Galápagos poseen una gran variedad de especies endémicas, las cuales en su momento fueron estudiadas por el célebre naturalista inglés Charles Darwin, lo cual le permitió desarrollar su teoría de la evolución por selección natural. Las islas han ganado fama a nivel mundial debido a la particularidad de su fauna, especialmente de las tortugas conocidas como "galápagos".

En 1986 el mar que rodea a las islas fue declarado reserva marina. UNESCO incluyó a Galápagos en la lista de Patrimonio de la Humanidad en 1978, y en diciembre de 2001 se amplió esta declaración para la reserva marina.

Está además, el Parque Nacional Yasuní; el término Yasuni, sin conocer su origen lingüístico, significa "tierra sagrada" como es interpretado de manera general por comunidades de la zona; el parque se extiende sobre un área de 9820 kilómetros cuadrados en las provincias de Pastaza, de Napo y Orellana

entre el río Napo y el río Curaray en plena cuenca amazónica a unos 250 kilómetros al sureste de Quito.

El parque, fundamentalmente selvático, fue designado por la UNESCO en 1989 como una reserva de la biosfera y es parte del territorio donde se encuentra ubicado el pueblo Huaorani y los tagaeri y taromenane, grupos no contactados.

Según un reciente estudio, el Parque Nacional Yasuní y la zona ampliada subyacente se considera la zona más biodiversa del planeta por su riqueza en anfibios, aves, mamíferos y plantas. Este parque cuenta con más especies de animales por hectárea que toda Europa junta.

1.3 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 de 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 Santa Elena.

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 Pueblo Viejo, Vinces, Zapotal, Yaguachi, con los que se une al Daule y forman el Guayas.

1.4 Babahoyo

Es la capital de la provincia de Los Ríos, Ecuador. Fue fundada el 27 de mayo de 1869 (decreto legislativo). Es una de las ciudades más importantes del Ecuador y el puerto fluvial más importante del país por eso es considerada la Capital Fluvial del Ecuador. Es la Capital Provincial más cerca al Puerto Principal Guayaquil.

La ciudad está situada en la margen izquierda del río San Pablo, que al unirse en su desembocadura con el río Catarama forman el río Babahoyo. Una de las más interesantes excursiones en la zona es el descenso en bote por el río Babahoyo. Babahoyo se encuentra en el Litoral y es paso obligado para ir hacia la Sierra por las carreteras Babahoyo - Quito (Vía Panamericana), Babahoyo - Ambato (Vía Flores) y también por la Babahoyo - Riobamba. Babahoyo se encuentra al Sur de la Provincia de Los Ríos las vías que la unen con las demás ciudades y pueblos de la costa son la Babahoyo - Baba, la Babahoyo - Guayaquil y la Babahoyo - Milagro - Machala. Su situación geográfica es una de las más privilegiadas por Babahoyo pasan cada día más de 25000 carros (entre buses, tráileres y autos). Es un punto comercial entre la Costa y la Sierra. Dentro de la red vial urbana, la ciudad cuenta con dos puentes peatonales que permiten la comunicación con Barreiro y El Salto. Existen cuatro puentes vehiculares: los dos primeros que cruzan los ríos Catarama y San Pablo al norte de la ciudad (carretera Babahoyo - Quito); el tercero que cruza el estero Lagarto al Sur de

la urbe (carretera Babahoyo - Guayaquil); y el cuarto que está ubicado en el sector La Ventura (carretera Babahoyo - Ambato).

Tiene una población de 95.191 habitantes, su centro es uno de los más vastos de la región. Gran parte de su población del cantón del mismo nombre, se encuentra en el casco urbano y las periferias de la ciudad que se encuentran alrededor del By Pass (Vía E25 carretera Babahoyo - Quito) que pasa por toda la ciudad de sur a noroeste. El centro de la ciudad comprende desde el Malecón 9 de octubre, las calles Juan x Marcos, Isaías Chopitea hasta la calle Primero de mayo. En el sector se concentran las actividades comerciales y se desarrollan las acciones administrativas públicas. Cuenta con todos los servicios de infraestructura y la mayor parte del equipamiento comunitario de la ciudad; las edificaciones del sector están construidas con materiales perdurables. Las calzadas de las calles se encuentran en buen estado, todos con pavimento rígido y algunas sobrepuestas con una capa de pavimento flexible.

La población en su gran mayoría se dedica al cultivo, principalmente de arroz y banano. Diferentes industrias tienen sede en esta ciudad como Industrias Facundo ubicada a las afueras de la ciudad, así como el Ingenio Isabel Maria el 4 ingenio más grande del país, y diferentes piladoras; gran parte de la ciudad tiene un gran movimiento económico sobre todo su centro que es el polo económico más grande de la Provincia. En Babahoyo existen diferentes entidades bancarias y cooperativas de ahorro haciéndola una ciudad con todos los servicios si de economía se habla.

1.5 **Hospital Provincial Martín Icaza**²

Está ubicado en la zona central de Babahoyo, y atiende alrededor de 1.000 pacientes por día, muchos destacan que es uno de los hospitales que atiende a pacientes de otras provincias como: Bolívar y Guayas.

Las instalaciones que tienen más de 141 años cuentan con especialidades básicas de pediatría, ginecología, gineco-obstetricia, medicina interna, medicina general; y sub especialidades como: traumatología, epidemiología, dermatología, clínica VIH, un banco de leche materna, consulta externa, neonatos y odontología.

Además posee un área de administración, dirección, subdirección, recursos humanos, bodega de medicinas, contabilidad y una farmacia en donde atienden las 24 horas.

En la unidad hospitalaria trabajan aproximadamente 20 licenciadas profesionales y 60 auxiliares de enfermería.

1.6 **Situación actual del objeto de investigación**

En el Ecuador, la multiparidad es un problema que aun no ha podido resolverse, claro está, que es muy poco lo que se ha hecho para mermar de forma importante los niveles de embarazos no deseados o los casos de multiparidad. El problema afecta a mujeres de todas las edades, solo en el Hospital Provincial Martín Icaza de la ciudad de Babahoyo, se reportaron en seis meses 1.734 casos de multiparidad, de los cuales el 39% se daba en

² El ciudadano. Diario digital.

pacientes menores de 19 años, es decir que a esa edad las pacientes ya han tenido más de un embarazo.

La situación preocupa más cuando las estadísticas demuestran que el 80% de las pacientes que presentan multiparidad sufren de algún problema durante o después del parto, entre los que destacan: desprendimientos placentarios, distocias de presentación, atonías uterinas, anemias severas, entre otros.

1.7 Formulación del Problema

1.7.1 Problema General

¿Está la multiparidad directamente relacionada con factores de riesgo obstétrico y reproductivo en las gestantes que acudieron a la consulta prenatal del Hospital Provincial Martín Icaza del 1 de octubre del 2010 al 30 de abril del 2011?

1.7.2 Problemas derivados

- ¿Cuáles son las principales causas que conllevan a la multiparidad?
- ¿Es la edad un aspecto que incrementa el riesgo ocasionado por la multiparidad?
- ¿Son las probabilidades de riesgo similares tanto durante y post parto?

1.8 Delimitación de la Investigación

El estudio y posterior propuesta de concientización para las mujeres adolescentes y adultas, se llevó a cabo en la consulta prenatal del Hospital Provincial Martín Icaza de la ciudad de Babahoyo, en el periodo comprendido del 1 de octubre del 2010 al 30 de abril del 2011.

Las pacientes analizadas fueron mujeres desde los 15 a 35 años de edad que presentaban multiparidad.

1.9 Justificación

El análisis de las causas y riesgos de la multiparidad es de suma importancia debido a que existe en la actualidad un número elevado de pacientes mujeres adolescentes y adultos que se ven inmersos en esta situación, la cual puede traer consigo serios problemas durante el embarazo o en la etapa post-parto como: distocias de presentación, atonías uterinas, anemias severas, desnutrición severa, el desprendimiento prematuro de la placenta, óbitos, otros.

Lo que motivó al desarrollo del presente estudio, fue que este permitirá identificar la principal causa de la multiparidad, para así poder tomar la medida correctiva que mejor se aplique a la misma, de igual forma con los efectos, en caso de seguirse presentando la multiparidad, se podrá estar preparado para tratar los efectos que esta produce en la salud sexual y reproductiva de la mujer.

En la Provincia de Los Ríos, principalmente en las zonas rurales, la presencia de mujeres adolescentes, jóvenes y adultas que han pasado por más de un embarazo, en cortos periodos de tiempo es común. Existen

familias muy grandes con escasos recursos económicos como para vivir dignamente, lo cual representa un problema aun más grave ya que aquí la multiparidad afecta directamente a la madre y al hijo e indirectamente a toda la familia, reduciendo espacios, recursos, tiempo y esfuerzo por embarazos que muchas veces no son planificados.

1.10 Objetivos

1.10.1 Objetivo General

Determinar la relación de la multiparidad con los factores de riesgo obstétrico y reproductivo en las gestantes que acudieron a la consulta prenatal del Hospital Provincial Martín Icaza del 1 de octubre del 2010 al 30 de abril del 2011.

1.10.2 Objetivos Específicos

- Identificar las principales causas que conllevan a la multiparidad.
- Analizar la incidencia de la edad en el incremento de los niveles de riesgo ocasionado por la multiparidad.
- Establecer la etapa donde las probabilidades de riesgo por multiparidad son superiores, durante el embarazo, intraparto o en el post parto.

2 MARCO TEÓRICO

2.1 Alternativas teóricas asumidas

2.1.1 Multiparidad

Concepto

Es la cualidad de la múltipara, es decir de aquella joven o mujer de salir embarazada en espacios muy cortos de tiempo luego de un último embarazo y que sobrepasa el número de tres gestaciones.

2.1.2 Riesgo gineco-obstétrico

Todo aquel embarazo que provoque deterioro a la salud del producto o la madre, por factores como: socioeconómicos, propios de la madre, o propios del producto.

Entre los riesgos más comunes tenemos:

Oligohidramnios y polihidramnios:

Factores: Alteración ovular. Trastorno en el sistema urinario del feto
Insuficiencia placentaria.

Consecuencias: Bajo peso, incluso muerte y malformaciones.

Rotura prematura de membrana:

Se define (RPM) como la efracción espontánea de las membranas ovulares antes del inicio del trabajo de parto.

Factores: Vaginosis bacteriana, Infección intrauterina, hemorragias durante el embarazo, acortamiento patológico del cérvix, peso materno, paridad, tipo de trabajo, relaciones coitales antes de la ruptura.

Consecuencias: Parto prematuro previo Embarazo con DIU, incompetencia ístmica – cervical Polihidramnios, malformaciones y tumores uterinos.

Óbito

Muerte del producto después de la semana 20 y con un peso mayor de 2500gr.

Factores: Ambientales y personales.

Consecuencias: No hay movimiento fetal, pérdida de la posición, infecciones graves para la madre.

Uso de drogas en el embarazo

Las mujeres embarazadas que consumen drogas como heroína, cocaína, marihuana, metadona o anfetaminas pueden dar a luz bebés adictos a las drogas. Muchos de estos bebés experimentan síntomas de abstinencia conocidos como síndrome de abstinencia neonatal.

El síndrome de abstinencia neonatal; el producto presenta convulsiones, calambres recurrentes, coordinación deficiente, bajo peso, irritabilidad, agresividad. Dependerá de la cantidad y tiempo de uso en el primer trimestre es el más teratogenico

Consecuencias: Provocando malformaciones, y otras alteraciones.

Parto espontáneo

Todo parto que llegue a término hasta las 42 semanas de gestación, llamado parto natural o vaginal.

Parto prematuro y embarazo prolongado

Parto prematuro: todo parto que se presenta antes de la semana 37.

Embarazo prolongado: todo embarazo que dura mas de 42 semanas.

Factores: Demográficos: Edad de la paciente. Sobre los hábitos externos: toxicomanías, higiene.

Problemas Médicos pregestaciones: partos, abortos anteriores, desnutrición, problemas ginecológicos anteriores. Médicos del embarazo actual:

Patologías agregadas: pre-eclampsia. Hemorragias en el embarazo, etc.

Trauma obstétrico.

Se le llama trauma obstétrico a las agresiones o lesiones físicas que sufre el recién nacido durante el parto.

Factores: Son causados por la mecánica del feto al pasar por el canal del parto o por la tracción y presión producidas por la manipulación durante el parto.

Consecuencias: Lesiones en el ámbito fetal: Fracturas de huesos, que pueden ser largos y de cráneos. Hemorragia intracerebral, en producto de peso mayor a 2000gr. Lesión del plexo braquial que puede ser central y periférica. Hematoma a órganos abdominales del feto. Asfixia y/o hipoxia neonatal atribuible al parto traumático

Factores: Primiparidad, parto prolongado o extremadamente rápido, presentación anormal, baja estatura materna, oligohidramnios, recién nacido

extremadamente prematuro, recién nacido con cabeza grande, recién nacido de peso elevado con respecto a la edad gestacional.

Dismenorrea

Es una menstruación dolorosa y difícil, suele empezar a los 6 – 12 meses después de la menarca.

Factores: Períodos menstruales largos, obesidad, edad precoz de la menarca, consumo de tabaco, alcohol y cafeína, vida estresante, poco o nada de ejercicio, historia familiar de ciclos dolorosos.

Amenorrea

La falta de menstruación y puede ser primaria o secundaria. Amenorrea primaria: ocurre a los 16 años o 2 años después de haberse producido la maduración sexual.

Factores: trastornos genéticos, desequilibrio hormonal, defectos cerebrales, disfunción hipotalámica e hipofisiaria, endocrinas, anomalías físicas de los órganos reproductores, grasa corporal insuficiente, estrés severo, ejercicio excesivo.

Infecciones vaginales

Son aquellas que se presenta en la vagina de la mujer y los agentes causales son de tipo: bacteriana, micótica, parasitaria. Los síntomas comunes son comezón intensa y flujo vaginal que varía de color, consistencia y olor según sea su origen. En algunos casos suele haber dolor y ardor al orinar y durante el coito. Entre las infecciones más frecuentes están: Las vulvovaginitis como la candidiasis, la gardenella y la tricomoniasis. Las ocasionadas por virus, como el papiloma humano y el herpes genital. Las bacterianas, como la clamidia, la gonorrea y la micoplasmosis. También

ocurren cuando los organismos que normalmente viven en la vagina o el tracto intestinal se reproducen de manera excesiva, como la bacteria *Gardenia vaginalis* o el *Candida albicans*, un hongo del tipo de las levaduras. Los cambios hormonales durante la pubertad, en la adolescencia, el embarazo y la menopausia, a veces predisponen a la mujer a contraer vaginitis, al igual que al tener coitos sexuales sin la lubricación vaginal adecuada. La diabetes puede aumentar la vulnerabilidad a la vaginitis o la candidiasis al igual que el padecer alguna enfermedad que ocasione una inmunidad deficiente, también el uso de antibióticos o medicamentos esteroides, favorecen su desarrollo.

2.1.3 Riesgo Reproductivo

Es la probabilidad que tienen las mujeres adolescentes y en edad adulta y su producto en etapa de gestación (embarazo), de padecer lesión o muerte en caso de ocurrir un embarazo.

Las mujeres en edades extremas deben ser conscientes de que la mujer enfrenta un gran riesgo si se embaraza antes de cumplir 20 años, o después de los 35 años ya que puede ocurrir que el embarazo termine antes de tiempo (parto prematuro), tener hijos de menos de 2.5 Kg que pueden morir durante el primer año de vida y tener más problemas durante el embarazo (presión alta, aborto) y el parto (hemorragia o hijos con defectos al nacimiento).

Es recomendable que toda mujer deje pasar por lo menos dos años entre un embarazo y otro, para recuperarse del desgaste físico que el embarazo le produce; además el recién nacido podrá tener una mejor lactancia materna,

los cuidados y atenciones serán por más tiempo y el crecimiento y desarrollo se dará en mejores condiciones.

2.1.4 Salud Sexual y Reproductiva

Es conveniente diferenciar la salud sexual, enfocada a la salud en las relaciones coitales y la salud reproductiva enfocada a la reproducción sexual y a la procreación. A pesar de las grandes diferencias existentes en la región en cuanto a la y acciones referentes a esta temática, deben resaltarse las iniciativas realizadas hasta la fecha. En algunos países se han llegado a implementar servicios y programas a nivel gubernamental. No obstante, este tema aún genera conflictos por los tabúes y mitos existentes, tales como que brindar educación y atención en esta área generará libertinaje y no libertad; que aumentarán las relaciones coitales no protegidas y la precocidad sexual.

Este fenómeno puede ocasionar que este tipo de programas pierdan continuidad y respaldo político.

En este sentido, se aprecia la necesidad de crear espacios de discusión sobre este tema, siendo esto una cuestión clave para el diseño de políticas de juventud.

Asimismo, existe consenso en resaltar el deber de respetar la sexualidad del ser humano y la libertad en sus opciones y decisiones. La salud sexual y la salud reproductiva (que involucra aspectos de carácter biológico, psicológico, sociológico y cultural), por tanto, debe basarse en tres principios: individualización (tomar en consideración las diferencias individuales); respeto a la dignidad humana (valores personales y de grupo); libre determinación (frente a las alternativas existentes es la persona quien decide en última instancia).

2.1.4.1 Embarazo

Período que transcurre entre la implantación en el útero del óvulo fecundado y el momento del parto en cuanto a los significativos cambios fisiológicos, metabólicos e incluso morfológicos que se producen en la mujer encaminados a proteger, nutrir y permitir el desarrollo del feto, como la interrupción de los ciclos menstruales, o el aumento del tamaño de las mamas para preparar la lactancia. El término gestación hace referencia a los procesos fisiológicos de crecimiento y desarrollo del feto en el interior del útero materno. En teoría, la gestación es del feto y el embarazo es de la mujer, aunque en la práctica muchas personas utilizan ambos términos como sinónimos.

En la especie humana las gestaciones suelen ser únicas, aunque pueden producirse embarazos múltiples. La aplicación de técnicas de reproducción asistida está haciendo aumentar la incidencia de embarazos múltiples en los países desarrollados.

El embarazo humano dura unas 40 semanas desde el primer día de la última menstruación o 38 desde la fecundación (aproximadamente unos 9 meses). El primer trimestre es el momento de mayor riesgo de aborto espontáneo; el inicio del tercer trimestre se considera el punto de viabilidad del feto (aquel a partir del cual puede sobrevivir extra útero sin soporte médico).

El embarazo se produce cuando un espermatozoide alcanza y atraviesa la membrana celular del óvulo, fusionándose los núcleos y compartiendo ambos su dotación genética para dar lugar a una célula huevo o cigoto, en un proceso denominado fecundación. La multiplicación celular del cigoto dará lugar al embrión, de cuyo desarrollo deriva el individuo adulto.

La embriología es la parte de la medicina que estudia el complejo proceso de desarrollo embrionario desde el momento de la fecundación hasta la formación del feto, que es como se denomina al organismo resultante de este desarrollo cuando aún no ha tenido lugar el parto.

Dentro del útero, el feto está flotando en el líquido amniótico, y a su vez el líquido y el feto están envueltos en el saco amniótico, que está adosado al útero. En el cuello del útero, se forma un tapón de mucosidad densa durante el embarazo para dificultar el ingreso de microorganismos que provoquen infección intrauterina. Este tapón será expulsado durante el inicio del trabajo de parto.

Mientras permanece dentro, el cigoto, embrión o feto obtiene nutrientes y oxígeno y elimina los desechos de su metabolismo a través de la placenta. La placenta está anclada a la pared interna del útero y está unida al feto por el cordón umbilical. La expulsión de la placenta tras el parto se denomina alumbramiento.

De acuerdo a su desarrollo, el embarazo se suele dividir en tres etapas de tres meses cada una, con el objetivo de simplificar la referencia a los diferentes estados de desarrollo del feto.

Durante el primer trimestre el riesgo de aborto es mayor (muerte natural del embrión o feto). Esto tiene mayor incidencia en embarazos conseguidos mediante fecundación in vitro, ya que el embrión implantado podría dejar de desarrollarse por fallos en los cromosomas heredados de los gametos de sus progenitores.

Durante el segundo trimestre el desarrollo del feto puede empezar a ser monitorizado o diagnosticado.

El tercer trimestre marca el principio de la viabilidad, aproximadamente después de la semana 25, que quiere decir que el feto podría llegar a sobrevivir de ocurrir un parto prematuro, parto normal o cesárea.

2.1.4.1.1 Signos y síntomas

Tal vez el primer signo presuntivo del embarazo sea la amenorrea o ausencia del período menstrual. Debido a que puede ocurrir amenorrea por causas distintas a un embarazo, no siempre es tomada en cuenta, especialmente si la mujer no tiene ciclos regulares. Sin embargo, pueden presentarse varios signos más que, junto a la amenorrea sugieren un embarazo, como son: la hipersensibilidad en los pezones, mareos, vómitos matutinos, somnolencia, alteración en la percepción de olores, y deseos intensos de ciertos tipos de alimentos (antojos). Esto lo puedes notar a partir del segundo al tercer mes de la concepción.

2.1.4.1.2 Fatiga

Otro signo de sospecha del embarazo es el cansancio, caracterizada por debilidad y somnolencia. Aunque algunas mujeres sienten renovada energía, la mayoría confesarían sentir intensa fatiga. Algunas afirman quedarse dormidas a cualquier hora del día, a veces al poco tiempo de haber salido de la cama, y otras aseguran sentir tal somnolencia en la sobremesa. Otras sienten cansancio pronunciado al llegar la noche. Dicha fatiga es a menudo incontrolable y exige el sueño. Nunca se ha encontrado una explicación a este extraño deseo de dormir. Es un síntoma frecuente en los primeros meses del embarazo y se cree que es un efecto de la elevada producción de progesterona. Esta hormona es un sedante para los seres humanos, con

fuertes efectos tranquilizantes e hipnóticos. En las etapas posteriores se presenta otro tipo de fatiga debida simplemente a cansancio corporal, pero rara vez ocurre en el primer trimestre del embarazo.

Interrupción de la menstruación

Al cabo de dos semanas de ocurrida la fecundación se notará la ausencia de menstruación. El cese de la menstruación en una mujer sana en edad reproductiva y sexualmente activa, que hasta entonces ha tenido un ciclo menstrual regular y predecibles, es un signo muy sugestivo del embarazo. Es un signo sospechoso del embarazo denominado amenorrea y no es exclusivo de la gestación. Además del embarazo son causas de la amenorrea una enfermedad física, algunas de cierta gravedad como: tumores del ovario, trastornos de la glándula tiroides y muchos otros, un choque muy fuerte, anorexia, el efecto de un viaje en avión, una operación, estrés o la ansiedad pueden retrasar la menstruación.

En ocasiones, después de la concepción, se observan uno o dos episodios de hemorragia uterina que simulan la menstruación y se confunden con ella. Es denominado signo de Long-Evans y es más frecuente en multíparas que en primigestas.

Gustos y antojos

El cambio en el gusto y la preferencia por ciertos alimentos puede ser uno de los primeros signos. Es común el rechazo a ciertos alimentos, bebidas y olores como el humo de los cigarrillos. A menudo se describe un sabor metálico en la boca que hace variar el gusto por los alimentos. Se cree que los antojos se deben al aumento de los niveles hormonales; a veces se experimentan en la segunda mitad del ciclo menstrual por el mismo motivo.

No satisfaga antojos con alimentos de alto contenido calórico, cuyo poder nutritivo sea bajo.

Deseos frecuentes de orinar

A medida que se extiende el útero, oprime la vejiga. Por tanto, ésta trata de expulsar pequeñas cantidades de orina, y muchas mujeres sienten deseos frecuentes de orinar desde la primera semana tras la concepción; quizás necesiten ir al cuarto de baño cada hora. Esto también se debe al efecto de la progesterona, ya que es un potente relajante de músculo liso, (que es el músculo del cual está formado la vejiga, el útero y otros órganos) lo cual sirve para mantener al útero en reposo hasta el momento del parto. Salvo que sienta ardor o dolor al orinar, no es necesario que consulte al médico. Hacia las 12 semanas, el tamaño del útero aumentará, de modo que subirá y saldrá de la cavidad pelviana. Esto reducirá la presión sobre la vejiga y la frecuencia de la micción por lo que la vejiga se va hacia un lado.

Cambios en las mamas

Ocurre congestión y turgencia en los senos debido al factor hormonal y la aparición del calostro. Puede aparecer en etapas precoces de la gestación por el aumento de la prolactina, entre otras hormonas. Las areolas se vuelven más sensibles e hiperpigmentadas.

Manifestaciones cutáneas

Existe una hiperpigmentación de ciertas áreas de la piel durante el embarazo. Aparecen también en algunas embarazadas estrías abdominales y a nivel de las mamas. En otras pacientes se nota la aparición de cloasmas a nivel de la piel de la cara. Estas hiperpigmentaciones pueden presentarse con uso de anticonceptivos orales y en enfermedades del colágeno, mientras que las estrías son también un signo en el síndrome de Cushing.

Mucosa vaginal

Como consecuencia del aumento en la vascularización de la vagina y el cuello del útero durante el embarazo por el efecto vascularizante de la progesterona, se nota que la mucosa de estas estructuras se vuelve de un color violeta. A este cambio azulado de la mucosa vaginal y del cuello del útero se lo conoce como el signo de Chadwick – Jacquemier.

2.1.4.2 Control Prenatal

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

Mediante el control prenatal, podemos vigilar la evolución del embarazo y preparar a la madre para el parto y la crianza de su hijo. De esa forma, se podrá controlar el momento de mayor morbimortalidad en la vida del ser humano, como es el período perinatal y la principal causa de muerte de la mujer joven como es la mortalidad materna. En Chile en 1993 la mortalidad perinatal fue de 12,8 por 1.000 nacidos vivos y la mortalidad materna de 3,62 por 10.000 nacidos vivos, cifras excelentes para el medio Latinoamericano,

pero lejos aún de los países denominados desarrollados, constituyéndose aún en un importante problema de salud pública para el país.

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

Aproximadamente el 70% de la población obstétrica no tiene factores de riesgo, su control es simple, y no requiere de infraestructura de alto costo. El equipamiento básico consiste en un lugar físico con iluminación y climatización adecuada, camilla o mesa ginecológica, esfingomanómetro, balanza con cartabón, huinchas de medir flexibles, estetoscopio de Pinard, guantes de examen ginecológico, espéculos vaginales, sistema de registro clínico (carné prenatal) y equipo humano de salud.

Con la infraestructura señalada podemos perfectamente lograr los objetivos generales del control prenatal que son:

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

Identificación de factores de riesgo

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

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

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

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

Diagnostico de edad gestacional

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

En niveles de atención prenatal de baja complejidad, y con embarazadas de bajo riesgo, los elementos clínicos enunciados pueden ser suficientes para fijar la edad gestacional y proceder en consecuencia. Idealmente, si se

cuenta con el recurso ultrasonográfico, se debe practicar ese procedimiento para certificar la edad gestacional, teniendo en cuenta que su efectividad diagnóstica es máxima antes del quinto mes (error 7 días) y deficiente a partir del sexto mes (error 21 días).

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

Diagnostico de la condición fetal

Los elementos clínicos que permiten evaluar la condición fetal son:

- Latidos cardíacos fetales
- Movimientos fetales
- Tamaño uterino
- Estimación clínica del peso fetal
- Estimación clínica del volumen de líquido amniótico

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

- **Latidos cardíacos fetales.** Los LCF son auscultables con estetoscopio de Pinard desde el quinto mes de embarazo (20 semanas). Con equipos portátiles de ultrasonido pueden ser identificados desde las 10 semanas. Su presencia es un signo de vida fetal, mientras que la aceleración de la frecuencia cardíaca con los estímulos externos, o con movimientos fetales espontáneos, es un signo de salud fetal. La frecuencia cardíaca fetal se considera como normal en el rango de 120 - 160 latidos por minuto; valores inferiores o superiores, se denominan bradicardia y taquicardia fetal, respectivamente, y son signos sospechosos de hipoxia fetal.
- **Movimientos fetales.** La percepción materna de los movimientos fetales ocurre entre las 18 y 22 semanas. Su presencia es un signo de vida fetal, mientras que el aumento de la actividad fetal especialmente postprandial constituye un signo de salud fetal. La disminución significativa de la actividad fetal es un signo sospechoso de hipoxia fetal.
- **Tamaño uterino.** Desde las 12 semanas de amenorrea el fondo uterino se localiza sobre la sínfisis pubiana y puede ser medido en su eje longitudinal, desde el borde superior de la sínfisis pubiana hasta el fondo uterino. Para esto se utiliza una cinta de medir flexible, graduada en centímetros, la cual se desliza entre el dedo medio y el índice del operador. La madre debe ubicarse en decúbito dorsal con las piernas semiflectadas.

La medida obtenida debe ser localizada en una tabla de altura uterina/edad gestacional; de esa forma obtendremos indirectamente una estimación del tamaño fetal y su progresión en cada control prenatal. La tabla elaborada en el Centro Latino Americano de

Perinatología (CLAP), sirve como instrumento para identificar retardo del crecimiento intrauterino, tiene una sensibilidad de 56%, especificidad de 91%, valor predictivo positivo de 80%, y valor predictivo negativo de 77% . Debe enfatizarse que ese instrumento no debe utilizarse para calcular la edad gestacional en relación a una altura uterina determinada.

- **Estimación clínica del peso fetal.** Probablemente sea uno de los contenidos que tiene mayor dificultad en el control prenatal, ya que exige experiencia para su determinación. En nuestra experiencia, el error de estimación del peso fetal en embarazo del tercer trimestre es 10%. La estimación obtenida, en relación a la edad gestacional, se localiza en la Tabla de Crecimiento Fetal desarrollada por Juez y Col., lo que permite el diagnóstico de adecuación para la edad gestacional.
- **Estimación clínica del volumen de líquido amniótico.** Las alteraciones cuantitativas del volumen de líquido amniótico constituyen un factor de alto riesgo de morbilidad y mortalidad perinatal. El oligoamnios se puede sospechar cuando hay una altura uterina disminuída, con una palpación extremadamente fácil de las partes fetales. Este hallazgo debe ser siempre confirmado con ultrasonografía. El oligoamnios se asocia a rotura prematura de las membranas ovulares, retardo del crecimiento fetal, hipoxia fetal crónica y malformaciones congénitas como la agenesia renal.

El polihidroamnios se sospecha cuando hay una altura uterina aumentada con palpación dificultosa de las partes fetales. Debe ser siempre confirmado con un examen ultrasonográfico. Se asocia a patologías como embarazo gemelar, diabetes mellitus, hidrops fetal y

malformaciones congénitas como la atresia esofágica y del sistema nervioso central.

Diagnostico de la condición materna

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

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

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

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

Educación materna

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

Constituyen puntos ineludibles los siguientes contenidos educacionales:

- Signos y síntomas de alarma
 - Nutrición materna
 - Lactancia y cuidados del recién nacido
 - Derechos legales
 - Orientación sexual
 - Planificación familiar
 - Preparación para el parto
-
- **Signos y síntomas de alarma.** La embarazada debe estar capacitada para reconocer y diferenciar las molestias que son propias de la gestación de aquellas que constituyen una emergencia obstétrica y, por lo tanto, concurrir oportunamente al Servicio Obstétrico donde atenderá su parto. De ahí que la embarazada debe conocer la ubicación geográfica exacta del centro asistencial, idealmente debe conocerlo antes de que se presente una emergencia o ingrese en trabajo de parto. Es probable que este punto sea uno de los más estresantes para el grupo familiar y que tiene una simple solución.

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

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

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

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

- **Lactancia y cuidados neonatales.** Simultáneamente, y muy especialmente a las primigestas, se enseñarán aspectos básicos de cuidado neonatal (lactancia, higiene, control niño sano, vacunas, etc).
- **Derechos legales.** El profesional encargado del control prenatal debe velar por los derechos legales de su paciente. Esto significa que el profesional debe otorgar los certificados respectivos aún cuando la paciente, ya sea por olvido o desconocimiento, no los solicite.

- **Orientación sexual.** Los contenidos de este objetivo deben ser dados a la pareja. En un embarazo fisiológico la actividad sexual no está contraindicada. Está especialmente contraindicada en metrorragias, o en riesgo potencial de metrorragia, como la placenta previa, y en amenaza de parto prematuro o presencia de factores de riesgo para parto prematuro.

- **Planificación familiar.** Se deben introducir conceptos generales de planificación familiar, los cuales deben ser profundizados y consolidados en el primer control puerperal.

- **Preparación para el parto.** La atención integral del control prenatal debe incluir un programa de preparación para el parto donde se informa a la paciente cuáles deben ser los motivos de ingreso a la maternidad, los períodos del parto, anestesia, ejercicios de relajación y pujo, y tipos de parto.

Exámenes de laboratorio

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

- Grupo sanguíneo
- Urocultivo
- VDRL
- HIV
- Hematocrito
- Glicemia
- Albuminuria
- Papanicolaou
- Ecografía

- **Grupo sanguíneo.** Idealmente, la tipificación del grupo sanguíneo debe realizarse en el laboratorio (Banco de Sangre) de la institución donde se atenderá el parto, con fines de evitar clasificaciones de verificación.
- **Urocultivo.** En nuestra Unidad se efectúa urocultivo a todas las embarazadas debido a la alta prevalencia de bacteriuria asintomática (8,2%) en las madres en control. Alternativamente se puede realizar un examen de orina completa, el cual se debe efectuar con orina de segundo chorro, tomado por auxiliar de enfermería capacitada y con taponamiento de introito, con fines de evitar positivos falsos por contaminación de flujo vaginal. Si el examen es sugerente de infección urinaria se deberá solicitar un urocultivo.
- **V.D.R.L.** Es la sigla (Venereal Disease Research Laboratory) de una prueba no treponémica, utilizada en la identificación de las pacientes que han tenido infección por *Treponema pálido* (lúes). Se debe solicitar al ingreso de control prenatal, y al inicio del tercer trimestre (28 semanas).
- **H.I.V.** La detección de anticuerpos del virus de la inmunodeficiencia humana (Elisa), se efectúa en esta institución desde hace aproximadamente tres años. Se solicita en el primer control prenatal a todas las embarazadas en control.
- **Hematocrito.** La concentración de glóbulos rojos se modifica por la hemodilución fisiológica, por las reservas de hierro y el aporte exógeno de hierro (alimentación y suplementación medicamentosa). En embarazadas no anémicas se debe solicitar un hematocrito al ingreso, a las 28 y 36 semanas

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

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

- **Papanicolaou.** El embarazo constituye un excelente momento para educar a la mujer en relación a la prevención del cáncer cérvico uterino. Este procedimiento debe realizarse en el primer control prenatal como parte habitual de la semiología obstétrica. El embarazo no constituye contraindicación, como tampoco la edad gestacional, para realizar el examen. Se debe omitir cuando hay riesgos de sangrado por la especuloscopia (ejemplo: placenta previa). Todas las embarazadas con edad superior o igual a 30 años deben tener necesariamente un examen de Papanicolaou. A mujeres de menor edad se les debe efectuar el procedimiento si existen otros factores de riesgo asociados.

Periodicidad del control prenatal

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

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

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

2.1.4.3 Psicoprofilaxis Obstetrica

Es la preparación para un embarazo, parto y post parto adecuados. Esta preparación está dirigida *para* la gestante en general, aunque tenga indicación de cesárea.

¿Cuándo debe empezar el curso?

Se debe empezar a los seis y medio meses de embarazo, porque a esta edad gestacional se perciben cambios preparatorios para el parto, el no entenderlos puede generar temor. También es necesario conocer los signos

de alarma, indicativos de alguna complicación para que pueda acudir a tiempo a la unidad de salud más cercana

La musicoterapia y el bebé

Muchas mujeres, durante el embarazo, pueden sufrir una carga emocional negativa que se traduce en malestar, inseguridad propia o del entorno, miedos, frustración o sensación de fracaso. Sin quererlo, ellas estarán transmitiendo todo eso al bebé que está por nacer, convirtiéndolo en un bebé miedoso o inseguro en sí mismo. En estos casos, la musicoterapia representa un importante papel el estimular una conexión más profunda entre madre e hijo, y brindarles tranquilidad y autocontrol.

El bebé que escuchó música de manera ordenada y secuencial durante la gestación, recibe mejor la lactancia materna y sus otros alimentos, duerme más y llora menos y, además, ya que creó vínculos afectivos positivos con su madre a través de la música. Antes de nacer, el bebé es capaz de oír, sentir o aprender, soñar, reír, memorizar y reaccionar con sus movimientos. También percibe todos los sonidos que le llegan a través de su mamá, el de los latidos del corazón, de la respiración, circulación, digestivos, fetales, así como del líquido amniótico.

La música promueve la inteligencia musical y tiene un efecto relajante. La formación de la personalidad empieza a desarrollarse alrededor de bellas melodías, estimulando la creatividad, la concentración y la coordinación del niño que está por nacer.

La musicoterapia durante el embarazo

La musicoterapia trae beneficios no solo al bebé como también a la mujer que está embarazada. La estimulación prenatal auditiva consigue una mayor relajación de la mujer durante el trabajo de parto, reduciendo su nivel de ansiedad, dándole mayor autocontrol sobre el dolor y conciencia sobre las sensaciones físicas. Al disminuir el estrés a la hora del parto también ayudará a que el bebé nazca envuelto de más serenidad. La musicoterapia regula el estado de ánimo, alegra y suaviza los estados de tensión, estrés, y depresión. También mejora el aprendizaje, la coordinación y la resistencia física.

Cómo aplicar la musicoterapia

La musicoterapia es una herramienta fundamental para trabajar con el bebé durante su gestación. Algunos obstetras utilizan esta terapia a la gestante de forma individual, en grupo, o en pareja. Por regla general, es un musicoterapeuta el que se encarga que orientar y formar a la mujer, para que entre otras cosas pueda disfrutar plenamente de su embarazo, participando, escuchando, y expresando las sensaciones físicas que provoca la música.

Ejercicios durante el Embarazo

Hay muchos ejercicios que se pueden hacer durante el embarazo, que ayudaran a prevenir una serie de trastornos físicos y psicológicos a la gestante como al producto entre ellos están:

- **Kegel**

Es uno de los ejercicios más importantes para una mujer embarazada.

Consiste en apretar deliberadamente los músculos que usas cuando detienes el flujo de orina; se aguanta unos 5 segundos y después se relaja. Este movimiento puede realizarse las veces que se pueda durante el día. La forma en cómo ayuda es tonificando los músculos del suelo pélvico, mismo que es importante para cuando el bebé presione tu vejiga.

- **Relajación pélvica**

Consiste en apoyarse sobre manos y rodillas; mirar las rodillas, sacar la cadera y luego arquear o doblar la espalda, como un gato. Se mantiene esta posición unos 5 segundos y después se relaja el cuerpo; repitiendo por lo menos 10 veces en el día.

Este ejercicio ayuda a extender la parte baja de la espalda, sobre todo cuando se ha estado parada durante todo el día.

- **Silla de Taylor**

Es un ejercicio que fortifica y estira los muslos internos. Consiste en sentarte en una posición de mariposa, tocándote los pies. Se coloca los brazos entre los pies y se inclina las rodillas hacia el piso.

Se mantiene así durante 10 segundos y después se relaja. Este movimiento puede hacerse al menos 10 veces al día.

- **Rotación de hombros**

Si trabajas en un escritorio, o estás frente a una computadora todo el día; este ejercicio es el adecuado. Se trata de estirar los brazos y hacer círculos a los lados. Se giran los brazos 5 veces en una dirección, y 5 más en la otra dirección.

También se pueden hacer rotaciones tocándose los hombros con las manos. Estos ejercicios alivian la tensión en la parte superior de la espalda.

• **Relajación de la espalda**

Este ejercicio es conveniente no realizarlo después de 20 semanas de embarazo; pero en los primeros meses, puede ayudar a aliviar el dolor de espalda.

Consiste en acostarse de espaldas con los brazos a los lados, doblar las rodillas hacia el pecho y cruzar tobillos. Posteriormente presionar un poco la espalda en el piso y girar las caderas.

Rol del papa durante el embarazo, parto y puerperio

Culturalmente el lugar preponderante en el embarazo y en el parto lo tiene la mamá, quien lleva en su vientre al hijo que la pareja proyectó y ansió gestar. Muchas veces el padre es relegado a un segundo plano, teniendo éste la función de proveedor, de contenedor, de protector.

Desde muy niño al hombre, en general, no se les da la oportunidad de prepararse para su futuro rol del papá, tal como las niñas, quienes desde muy temprana edad juegan a ser “mamás” con sus muñecas y amigas; ni se los incluye, ni participa en lo atinente al embarazo, parto y puerperio.

Al papá en este proceso también le pasan cosas; se movilizan en él una serie de reacciones emocionales y psíquicas. A diferencia de su compañera embarazada, no encuentra espacios apropiados para despejar dudas y temores.

Desde el imaginario colectivo se supone que estos temas son propios de las mujeres; entre hombres, “de eso no se habla”. En lo inherente al rol del

padre, es dable indicar que es primordial los aportes de su función simbólica en el desarrollo posterior del bebé, puesto que no solo contribuye a la formación de su identidad, lo guía en el pase de las distintas etapas vitales de éste, sino que además, a través de su presencia, evita un vínculo simbiótico madre-hijo nocivo para ambos, y sobre todas las cosas hace cumplir la ley, a la vez que la detenta.

Si bien hay algunas excepciones, dada la particular historia vital de cada persona, es necesario reforzar que, es constitutivo en la personalidad del sujeto, la identificación al modelo paterno, para la posterior asunción de roles y la posibilidad de adquirir un estilo singular de Ser en el mundo. Con esto, se intenta destacar que es fundamental tanto la presencia de la figura materna como paterna en el desarrollo biopsicosocial y afectivo del bebé. Durante los encuentros de Psicoprofilaxis Obstétrica, en el curso de preparación para el parto, se otorga un espacio en el que los papás puedan enunciar abiertamente sus temores, fantasías, dudas, ansiedades, expectativas; anticipar las implicancias de su nuevo rol; fomentar la participación activa en este proceso, adquirir un rol protagónico imprescindible para el vínculo con su hijo.

De todos modos el rol se construye en el vínculo, se configura en el tiempo y se acomoda a las distintas vicisitudes de la relación.

2.1.4.4 Parto

El parto humano, también llamado nacimiento, es la culminación del embarazo humano, el periodo de salida del bebé del útero materno. Es considerado por muchos el inicio de la vida de la persona. La edad de un individuo se define por este suceso en muchas culturas. Se considera que una mujer inicia el parto con la aparición de contracciones uterinas regulares,

que aumentan en intensidad y frecuencia, acompañadas de cambios fisiológicos en el cuello uterino.

El proceso del parto humano natural se categoriza en tres fases: el borramiento y dilatación del cuello uterino, el descenso y nacimiento del bebé y el alumbramiento de la placenta. Aunque el parto puede verse asistido con medicamentos como oxitócicos (la oxitocina sirve para provocar el parto ante la decisión de ciertos ginecólogos debido a cualquier prisa que surja o ante complicaciones de retraso grave de alumbramiento) y ciertos anestésicos y una posible episiotomía, todo esto no debe hacer nunca de manera rutinaria, el parto más seguro es el que evoluciona espontáneamente y en el que no se interviene innecesariamente. En algunos embarazos catalogados como de riesgo elevado para la madre o el feto, el nacimiento ocurre por una cesárea que es la extracción del bebé a través de una incisión quirúrgica en el abdomen, en vez del parto vaginal.

En la mayoría de casos el parto es un proceso natural que la mujer desarrolla con o sin apoyo de otras mujeres experimentadas, entre las que se encuentran las llamadas, comadronas o parteras, o por profesionales del área de la salud como las matronas. La participación de médicos especialistas en obstetricia suele verse cuando aparece alguna complicación del embarazo o del parto (ya sea cesárea o el uso de fórceps).

Parto vaginal espontáneo

En el parto natural, el bebé nace cruzando por la vagina de la madre, siguiendo las indicaciones del profesional de salud, con la asistencia de poca tecnología o ninguna y sin la ayuda de fármacos. En la mayoría de los centros asistenciales el parto vaginal ocurre en una posición ginecológica, con la gestante en posición decúbito dorsal, es decir, acostada sobre su

espalda y sus pies sostenidos a la altura de los glúteos con el objetivo de favorecer la comodidad del personal médico. Se conoce con el nombre de posición de litotomía, ha sido usada durante años como rutina en el nacimiento. Sin embargo, es una posición controvertida, pues el parto puede ocurrir naturalmente en posición vertical, por ejemplo agachada, en el cual la gravedad ayuda a la salida natural del niño. En la litotomía existe más probabilidad de descensos lentos, expulsivos prolongados, sufrimiento fetal y desgarros perineales maternos. Idealmente, el entorno de la madre en el momento del parto debería ser de tranquilidad, sin prisas, intimidad y confianza: luz suave, pocas personas y pertenecientes a su entorno íntimo, una posición cómoda elegida por ella, tal vez música o flores o aromas si a ella le gustan. También existe el parto en agua caliente, en el propio hogar, en hospitales o en centros privados.

Parto vaginal con fórceps

Ocasionalmente el parto vaginal debe verse asistido con instrumentos especiales, como el fórceps o pinza obstétrica que prensa la cabeza del recién nacido con la finalidad de asirlo y jalar de él fuera del canal de parto. Se indica con poca frecuencia en ciertos partos difíciles.

Parto abdominal

El parto abdominal o parto por cesárea es aquel en el que el bebé no sale de forma natural por la vagina, sino que es extraído mediante una operación quirúrgica, conocida como cesárea. La cesárea consiste en practicar un corte en el abdomen y el útero, a través del cual se extrae al bebé.

En algunos casos, la cesárea se programa por anticipado, ya que a veces se sabe con claridad que una mujer necesitará una cesárea incluso antes de

que comience el parto (posición difícil del bebé, cirugía previa...); en otros, sin embargo, se realiza cuando surgen complicaciones imprevistas.

En cualquier caso conviene conocer a fondo en qué consiste la intervención, cuáles son los motivos para hacerla y qué riesgos puede conllevar. Conocerlos ayudará a estar más tranquila a la mujer embarazada y sus familiares en el caso de que deba pasar por ella.

¿En que consiste la intervención?

La cesárea es una operación quirúrgica que consiste en practicar un corte en el abdomen y el útero, a través del cual se extrae al bebé. Normalmente se realiza en un quirófano especial para este tipo de intervención y consta de los siguientes procedimientos:

Aplicación de la anestesia general o local, dependiendo de la urgencia. La más frecuente es la anestesia epidural.

Colocación de un tubo delgado llamado catéter en la vejiga para drenar la orina durante la cirugía.

Introducción de una aguja en una vena de la mano o brazo para administrarte líquidos durante la operación y medicamentos en caso de que sea necesario.

Afeitado y lavado del abdomen.

Una vez anestesiada, corte o incisión horizontal por encima del hueso púbico.

Incisión en la pared del útero.

Extracción del bebé del saco amniótico.

Separación y retirada de la placenta. Cierre de las incisiones.

Normalmente el proceso de parto por cesárea dura entre 45 minutos y una hora. Si la madre evoluciona bien puede tener a su bebé en los brazos ya en la sala de parto. La recuperación es más lenta que si fuera un parto vaginal. Puede que tenga que pasar unos dos o tres días en el hospital, y luego descansar en casa de cuatro a seis semanas.

¿Riesgos de una Cesárea?

Una cesárea no deja de ser una cirugía abdominal importante, y por eso presenta más riesgos que el parto vaginal. Las mujeres que dan a luz mediante cesárea son más propensas a tener infección, hemorragias intensas, coágulos de sangre, más dolor después del parto y una recuperación más prolongada.

Además, las lesiones en la vejiga o en el intestino, aunque no son muy frecuentes, si son más comunes tras este tipo de intervención.

Además, si planeas tener más hijos, cada cesárea que te hagan aumenta el riesgo de que desarrolles placenta previa en futuros embarazos.

No obstante, no siempre se puede — o se debería — evitar una cesárea. En algunas circunstancias, la cesárea es lo mejor que puedes hacer, por el propio bien de la paciente o el del bebé.

Cerca del 20% de los partos en países desarrollados como los Estados Unidos, se realizan quirúrgicamente mediante una operación abdominal llamada cesárea. No todas las cesáreas son por indicación médica en casos de partos de alto riesgo, un porcentaje de ellos son electivos, cuando la madre elige por preferencia que su bebé nazca vaginal

2.1.4.5 Planificación Familiar

Es el conjunto de prácticas que pueden ser utilizadas por una mujer, un hombre o una pareja de potenciales progenitores orientadas básicamente al control de la reproducción mediante el uso de métodos anticonceptivos en la práctica de relaciones coitales.

El control o planificación familiar puede tener como objetivo engendrar o no descendientes y, en su caso, decidir sobre el número de hijos, el momento y las circunstancias -sociales, económicas y personales- en las que se desea tenerlos.

También se incluye dentro de la planificación familiar la educación de la sexualidad, la prevención y tratamiento de las infecciones de transmisión sexual, el asesoramiento antes de la fecundación, durante el embarazo y el parto, así como el tratamiento de la infertilidad, mediante técnicas de reproducción asistida como la fecundación in vitro.

2.1.4.5.1 Servicios de planificación familiar

Los servicios de planificación familiar se definen como el conjunto prestaciones ofrecidas por profesionales sanitarios especializados que incluyen actividades y prácticas educativas, preventivas, médicas y sociales que permiten a los individuos, incluidos menores, determinar libremente el número y espaciamiento de sus hijos y seleccionar el medio más adecuado a sus circunstancias.

La planificación familiar se utiliza a veces como un sinónimo de control de la natalidad. En este sentido los servicios médicos de planificación familiar

facilitan información sobre los distintos métodos anticonceptivos y ofrecen asistencia médica especializada para conseguir espaciar los embarazos deseados así como para evitar los embarazos no deseados.

2.1.4.5.2 Métodos anticonceptivos

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha establecido recomendaciones en relación a los criterios médicos para elegir el uso de uno u otro método anticonceptivo. Los criterios han sido desarrollados por la OMS junto con grupos, organizaciones e individuos de todos los continentes del mundo. Estos criterios pretenden garantizar que las mujeres y los hombres de todo el mundo tengan acceso a servicios de planificación familiar seguros y de alta calidad.

Métodos de barrera

- **Preservativo.-** Es una funda fina elástica para cubrir el pene durante el coito, a fin de evitar la fecundación y el contagio de enfermedades de transmisión sexual.
- **Diafragma.-** Consiste en un arco metálico flexible con una membrana de látex, se inserta en la vagina e impide al paso de los espermatozoides hacia el útero.
- **Capuchón cervical.-** Es un dispositivo de látex, en forma de un dedal, que se introduce dentro de la vagina y cubre el cuello uterino.

Métodos anticonceptivos físico-biológicos

- Dispositivo intrauterino - DIU

Métodos hormonales

- Anillo vaginal
- Píldora anticonceptiva
- Anticonceptivo subdérmico
- Píldora trifásica
- Parches anticonceptivos
- Hormonas inyectables

Métodos químicos

- **Espermicida (químico).**- Sustancias químicas que alteran la movilidad o matan los espermatozoides.

Métodos anticonceptivos permanentes

- Ligadura de trompas
- Vasectomía
- Histerectomía: extracción del útero o matriz. No se considera un método anticonceptivo aunque esta operación impida la concepción.

Métodos anticonceptivos naturales

- Método Ogino-Knaus
- Método Billings

- Método de la temperatura basal
- Método sintotérmico

Anticonceptivos de emergencia

- **Acetato de ulipristal** (conocido como píldora de los cinco días después, marca ellaOne),
- **Levonorgestrel** (conocido como píldora del día después o píldora del día siguiente),
- **Mifepristona** (es el anticonceptivo de emergencia de referencia en países como China y Rusia),
- **Dispositivo intrauterino** (insertado después del coito),
- **Método de Yuzpe** (en desuso, combinaciones de estrógenos y progestinas).

2.1.5 Estudios de anteriores

2.1.5.1 Alta multiparidad como factor de riesgo materno en la Maternidad German Urquidi

Se estudiaron 493 pacientes atendidas en el servicio de la maternidad "German Urquidi" en el lapso de 3 meses comprendidos entre agosto de 1989 a octubre de 1989 con el fin de demostrar que la alta multiparidad constituye un factor de riesgo materno influyendo notablemente en las tasas de morbi-mortalidad materna. De las 493 pacientes estudiadas 110 fueron grandes multíparas y de ellas 21 pacientes que corresponden al 19% presentaron patologías propias del embarazo, parto y puerperio 33 pacientes de 41 años o más, 38 betas, 80 no realizaron control pre-natal, 52 presentaron periodos intergenésicos menor o igual a un año, llama la atención el porcentaje con el que se presentaron las patologías propias del embarazo, parto y puerperio: placenta previa 25, ruptura prematura de membranas 25, corioamnionitis 10, pre-eclampsia 10; 60 de los embarazos concluyeron en parto, se presentó 10 de mortalidad fetal³.

³ Andrade, M. (1989). disponible en: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=ADOLEC&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=202117&indexSearch=ID>. Cochabamba.

2.1.5.2 Multiparidad pone en riesgo la vida de las madres

Siete de cada diez muertes maternas ocurren en el Paraguay después de que las mujeres han tenido más de cuatro embarazos. Dos de las que mueren lo hacen habiendo tenido entre dos y cuatro embarazos, y una lo hace habiendo tenido uno. El informe comunica que las mujeres que tuvieron experiencias exitosas en embarazos anteriores, que tienen muchos hijos y dificultades para dejarlos al cuidado de familiares son las que acuden menos al control prenatal y tardan más en acudir al médico ante complicaciones.

Pero la culpa también es atribuida al servicio de salud, ya que se interpreta que tras partos anteriores sin problemas el nuevo será fácil y rápido, ignorando el riesgo de complicaciones típicas, como la disminución de la fibra muscular uterina, responsable de las hemorragias graves.

Servicios no resuelven. El estudio menciona que los servicios sanitarios no pudieron resolver complicaciones del parto, ya que todas las que han tenido cinco o más atenciones prenatales y han presentado complicaciones durante el parto (11 mujeres) en estos establecimientos, han fallecido.

De todas las muertes maternas registradas en el proyecto, 1 de cada 4 (25,6%) no ha tenido atención prenatal durante su último embarazo; el 74,4% sí ha consultado, pero la mitad de ellas tuvo menos de cinco citas con el gineco-obstetra. Por otro lado, el 44,2% de todas las muertes maternas registradas en el proyecto corresponden a mujeres que residían en el departamento Central, seguido de Alto Paraná y Asunción. La causa principal de los fallecimientos fueron los trastornos hipertensivos del embarazo⁴.

⁴ Ministerio de Salud Pública de Paraguay. Análisis Método Ramos Prospectivo.. Disponible en: <http://www.ultimahora.com/notas/248184-multiparidad-pone-en-riesgo-la-vida-de-las-madres>

2.2 Planteamiento de Hipótesis

2.2.1 Hipótesis General

Los casos de multiparidad estuvieron directamente relacionados con los factores de riesgo gineco-obstétrico y reproductivo en las gestantes que acudieron a la consulta prenatal del Hospital Provincial Martín Icaza del 1 de octubre del 2010 al 30 de abril del 2011.

2.2.2 Hipótesis Específicas

- La no utilización o la utilización incorrecta de métodos anticonceptivos de las mujeres que acuden a la consulta externa del Hospital Martín Icaza aumenta el porcentaje de multiparidad.
- El bajo grado de escolaridad de las mujeres que acuden a la consulta externa del Hospital Provincial Martín Icaza es uno de los factores predisponentes de la multiparidad.
- El cambio de parejas conyugales y la necesidad de darle hijos a dicha pareja es un predisponente de una gran parte de las mujeres gestantes que acuden a la consulta externa del Hospital Provincial Martín Icaza.
- Un nivel socioeconómico bajo contribuye a un aumento de la multiparidad

2.2.3 Operacionalización de las Hipótesis Específicas

HIPÓTESIS ESPECIFICAS	OPERACIONALIZACIÓN	DEFINICIÓN	INDICADOR
La no utilización o la utilización incorrecta de métodos anticonceptivos de las mujeres que acuden a la consulta externa del H. Provincial Martín Icaza aumenta el porcentaje de multiparidad.	Conocer el mecanismo de acción de los diferentes métodos anticonceptivos para evitar los casos de multiparidad presentados en el H. Provincial Martín Icaza.	Los anticonceptivos previenen en un 99% los casos de embarazos no deseados, reduciendo los niveles de multiparidad.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Número de encuestadas que manifiestan usar anticonceptivos.
El bajo grado de escolaridad de las mujeres que acuden a la consulta externa del H. Provincial Martín Icaza es uno de los factores predisponentes de la multiparidad.	Relacionar la escolaridad de la mujer con los casos de multiparidad.	El nivel académico alcanzado por la mujer influye en la presencia de multiparidad.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Número de encuestadas cuyo grado académico es bajo y presentan multiparidad.
El cambio de parejas conyugales y la necesidad de darle hijos a dicha pareja es un predisponente de una gran parte de las mujeres gestantes que acuden a la consulta externa del H. Provincial Martín Icaza.	Analizar la relación del cambio de parejas con los casos de multiparidad.	Mujeres que han tenido más de una pareja presentan mayor tendencia a la multiparidad.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Número de encuestadas que han tenido más de una pareja y presentan multiparidad.
Un nivel socioeconómico bajo contribuye a un aumento de la multiparidad	Evidenciar la relación entre el nivel socioeconómico y el aumento de la multiparidad.	Gran parte de las mujeres que presentan multiparidad son de nivel socioeconómico bajo.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Número de encuestadas con nivel socioeconómico bajo que presentan multiparidad.

3. METODOLOGÍA

3.1 Tipo de Investigación

Los tipos de investigación a utilizar serán:

- **Investigación Documental**

Definición: Se desarrolla por medio del estudio de problemas.

Propósito: Estudiar y conocer a profundidad la multiparidad, sus causas, riesgos, y trastornos, mediante bibliografía existente o estudios anteriores..

Método: Se buscará la información en documentación proporcionada por el Hospital Provincial Martín Icaza e investigación bibliográfica relevante.

- **Investigación de Campo**

Definición: Estudio en el exterior, en el sitio de interés de investigación.

Propósito: Evidenciar mediante las encuestas y a observación, la realidad de las pacientes que presentan multiparidad y que acuden al Hospital Provincial Martín Icaza de la ciudad de Babahoyo.

Método: Se obtendrá información mediante cuestionarios y mediante la observación directa in-situ

3.1.1 Fuentes de Información Secundarias

La investigación documental es muy importante, especialmente para la obtención de datos estadísticos, antecedentes, y situación actual del tema en estudio. Fue necesaria también información acerca de estudios anteriores sobre el tema de en investigación.

3.2 Universo y Muestra

POBLACIÓN:

La población está comprendida por 1.734 pacientes mujeres en edades de los 15 a los 35 años que acudieron a la consulta prenatal del Hospital Provincial Martín Icaza durante el período del 1 de octubre del 2010 al 30 de abril del 2011.

MUESTRA:

Para el cálculo de la muestra se hace uso de la siguiente fórmula estadística:

$$n = \frac{N}{(N-1) \times e^2 + 1}$$

Cuyas iniciales significan:

n = Tamaño de la muestra

N = Universo (número de pacientes)

e = Margen de error admisible (0.05 en nuestro caso)

Calculando se obtiene:

N = 1.734 pacientes

e = 0.05

$$n = \frac{1.734}{(1.734 - 1) \times 0,05^2 + 1}$$

n= 325 pacientes a encuestar

3.3 Métodos y técnicas de Recolección de Información

3.3.1 Métodos de investigación

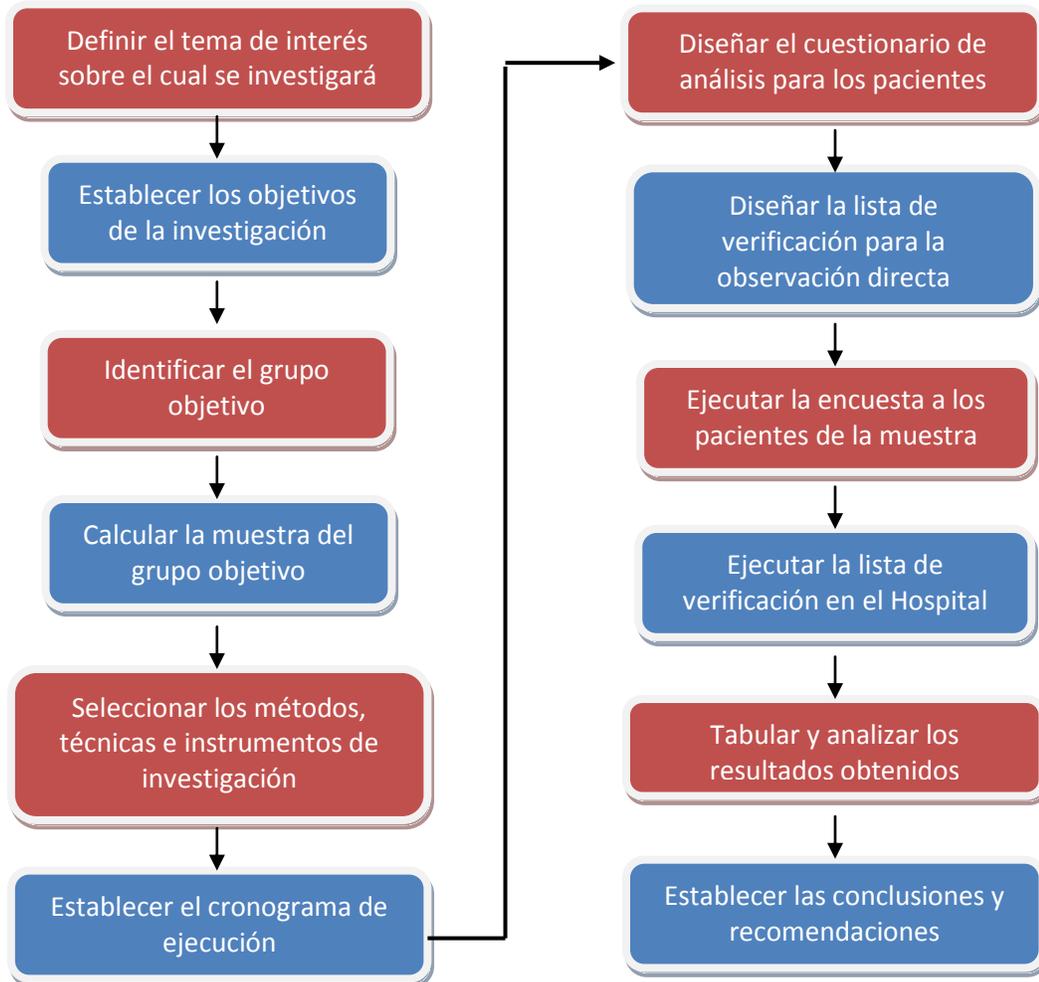
Método Deductivo.- Al inicio de la realización del trabajo será necesario basarse en la premisa de que la multiparidad tiene efectos negativos a la salud de la paciente y el feto o recién nacido.

Aplicada.- El objetivo de la investigación es evidenciar que las causas de la multiparidad, sus efectos y los métodos necesarios para mermar su presencia.

Descriptiva.- Se detallarán los aspectos más importantes acerca de la situación actual del grupo de pacientes analizado, acerca de las causas de la multiparidad en ellas, sus efectos adversos, entre otros aspectos de interés como la marcada morbimortalidad.

3.4 Procedimiento

El procedimiento a seguir para el correcto desarrollo de la presente investigación es el siguiente:



Recolección de la información

La recolección de información se dio mediante la ejecución de las encuestas, la aplicación de las listas de verificación, y el análisis de la bibliografía del tema en estudio. Además fue necesario la comprobación de datos por medio de las historias clínicas de los pacientes.

Tratamiento de los resultados

Una vez que se obtuvieron los datos por medio de los diferentes métodos, estos fueron tabulados, graficados y analizados de tal forma que su interpretación sea más clara, sencilla y certera.

4 ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

4.1 Tabulación e Interpretación de Datos

Una vez obtenidos los datos resultantes de las encuestas y la historia clínica de los pacientes, se procedió a realizar la tabulación, los gráficos y el respectivo análisis de los resultados, de tal manera de que exista una interpretación correcta de las estadísticas obtenidas de la situación general de los pacientes.

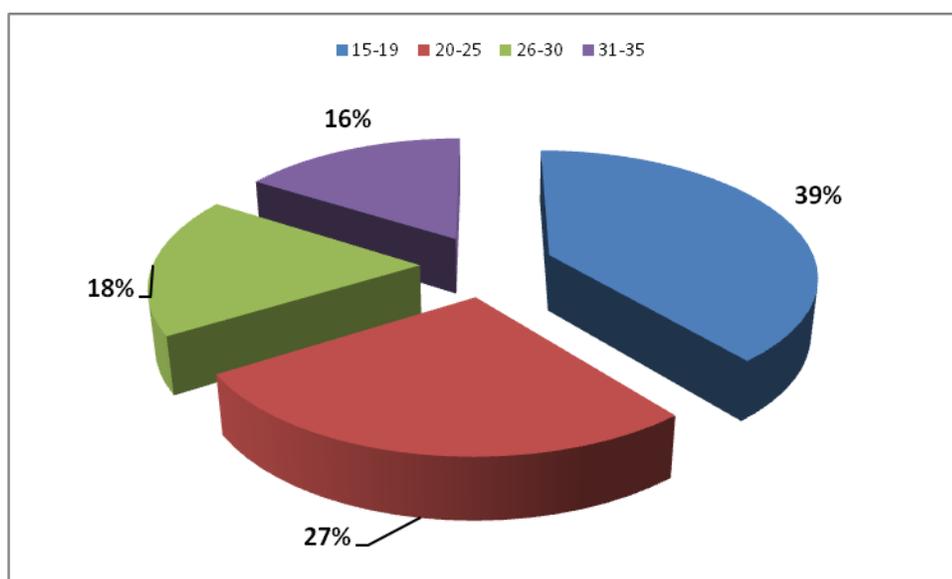
Para la tabulación y posterior gráfica de los datos se hizo uso de la herramienta de Microsoft Office, EXCEL, la cual permitió trabajar con los datos obtenidos de forma muy rápida y precisa. Una vez que se tabularon los gráficos estos, en conjunto con los gráficos fueron pasados al documento actual para realizar las respectivas interpretaciones de los mismos.

A continuación los resultados tabulados y sus interpretaciones:

Tabla 1: Presencia de Multiparidad por edades

EDADES	CANT	%
15-19	127	39%
20-25	88	27%
26-30	58	18%
31-35	52	16%
TOTAL	325	100%

Ilustración 1: Presencia de Multiparidad por edades



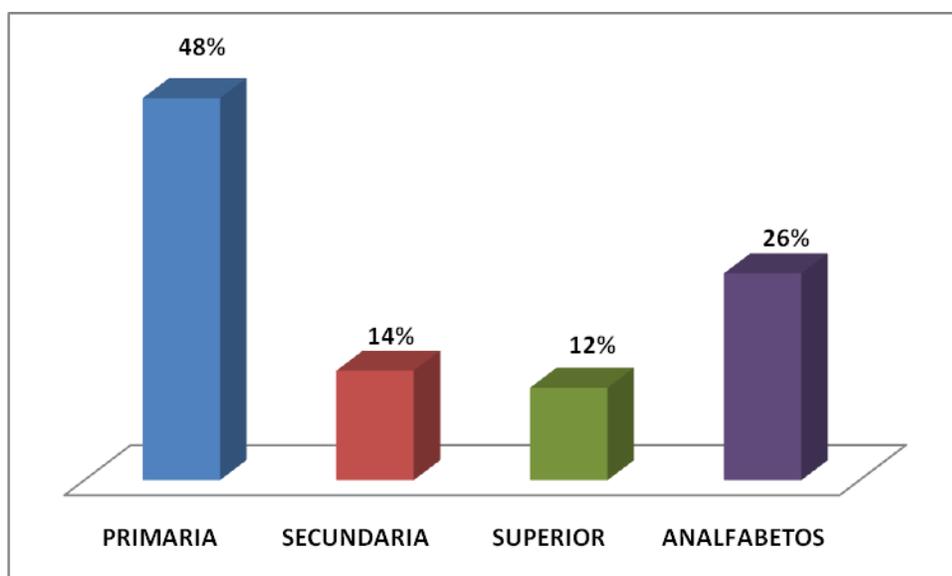
Elaboración: Las autoras

La encuesta realizada permitió evidenciar que de las 325 mujeres con multiparidad que acudieron a consulta prenatal del Hospital Provincial Martín Icaza de Babahoyo, entre octubre del 2010 y abril del 2011, el 39% estuvieron dentro del rango de edad de 15 a 19 años, lo que indica que hay una alta participación de menores edad afectadas. Un 27% tenían entre 20 y 25 años, un 18% entre 26 y 30 años y un 16% entre 31 y 35 años de edad.

Tabla 2: Pacientes con multiparidad por nivel de instrucción

NIVEL DE INSTRUCCIÓN	CANT	%
<i>Primaria</i>	157	48%
<i>Secundaria</i>	45	14%
<i>Superior</i>	38	12%
<i>Analfabetos</i>	85	26%
TOTAL	325	100%

Ilustración 2: Pacientes con multiparidad por nivel de instrucción



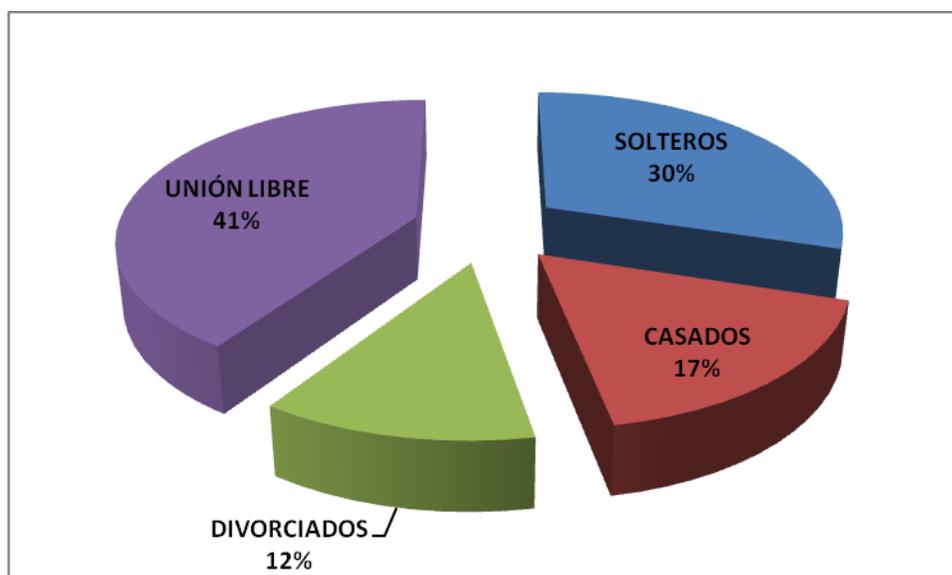
Elaboración: Las autoras

Uno de los análisis que se hicieron con la encuesta, es la relación de multiparidad con el nivel de instrucción de las afectadas. Se pudo evidenciar que del 100% de las pacientes, el 48% sólo cursaron la primaria (muchas de ellas no la terminaron), sólo un 14% estuvo en la secundaria y un 12% alcanzó la universidad. Un dato importante es que el 26% restante presentaba analfabetismo, es decir nunca pudieron asistir a la escuela. Es decir existe una falta de conocimiento y preparación que puede fácilmente ser un detonante para que la multiparidad se presente.

Tabla 3: Pacientes con multiparidad por estado civil

ESTADO CIVIL	CANT	%
<i>Solteros</i>	97	30%
<i>Casados</i>	56	17%
<i>Divorciados</i>	40	12%
<i>Unión libre</i>	132	41%
TOTAL	325	100%

Ilustración 3: Pacientes con multiparidad por estado civil



Elaboración: Las autoras

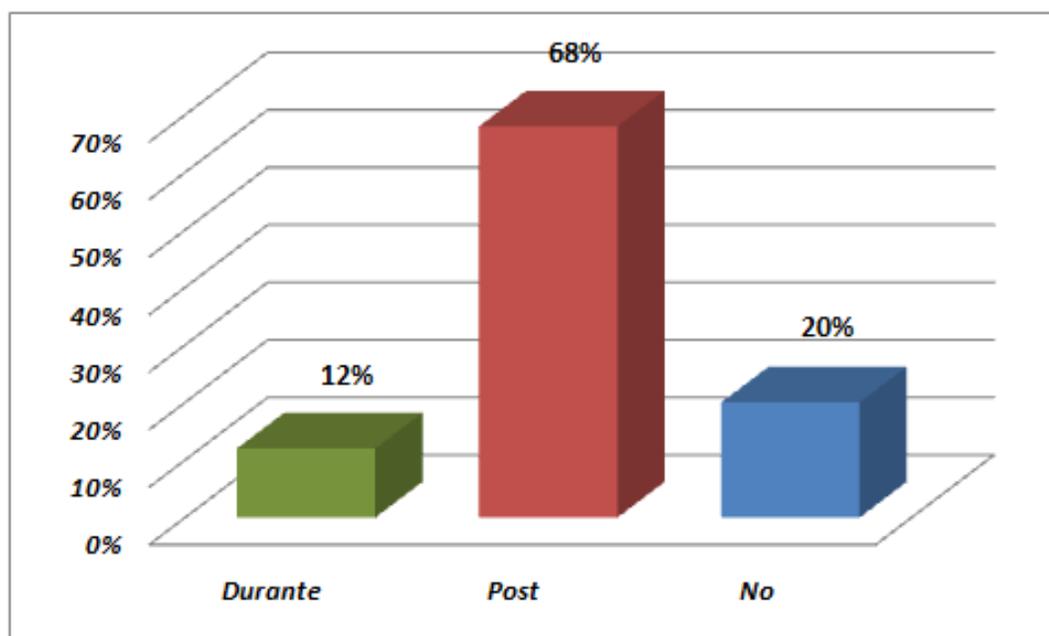
Uno de los aspectos a considerar además, fue la relación entre el estado civil de las pacientes y la multiparidad. Aquí se evidenció que aquellas pacientes en unión libre y solteras presentan una mayor tendencia a la multiparidad, con un 41% y 30% respectivamente. Es decir el cambio de parejas motiva a querer tener un nuevo hijo o hija.

El 17% de los casos manifestaron que estaban casadas y un 12% que eran divorciadas.

Tabla 4: Problemas por multiparidad por etapa

PROBLEMAS	CANT	%
<i>Durante el embarazo</i>	39	12%
<i>Post-operatorio</i>	221	68%
<i>No</i>	65	20%
TOTAL	325	100%

Ilustración 4: Problemas por multiparidad por etapa



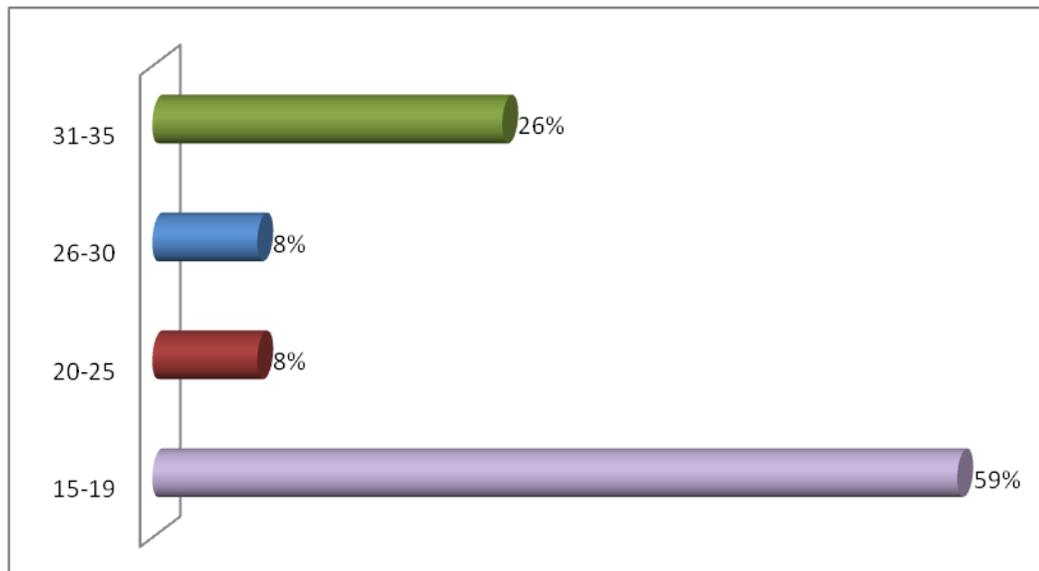
Elaboración: Las autoras

Se realizó investigación para determinar el momento en el cual la múltipara es más propensa a sufrir algún problema de salud relacionado a su estado. En este punto se confirmó que el 68% de las pacientes de la muestra presentaron problemas después del embarazo, el 12% antes del embarazo, y el 20% no presentó ningún problema.

Tabla 5: Presencia de problemas por edades durante el embarazo

EDADES	CANT	%
15-19	23	59%
20-25	3	8%
26-30	3	8%
31-35	10	26%
TOTAL	39	100%

Ilustración 5: Presencia de problemas por edades durante el embarazo



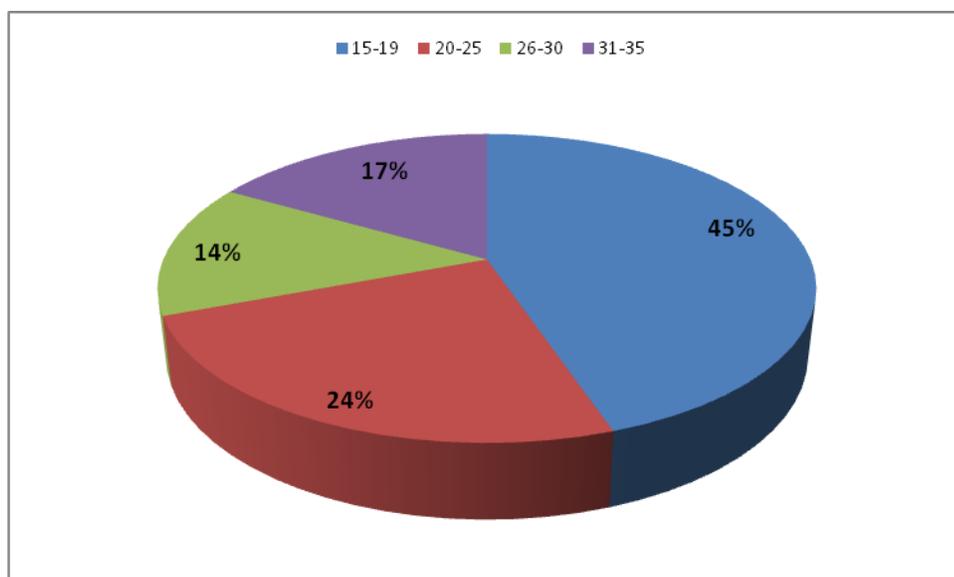
Elaboración: Las autoras

Una vez disgregadas las multípara por la etapa durante la cual se presentan los problemas, se procedió a identificar cual era la edad en que ellas eran más propensas a este. Para esto se tomó cada una de las etapas en la cual se presentó el problema y se la dividió en cuatro rangos de edad, dando como resultado que, de las 39 multíparas que presentaron inconveniente durante el embarazo el 59% tenían entre 15 y 19 años, un 3% entre 20 y 25 años, un mismo porcentaje entre 26 y 30 años y el 26% entre 31 y 35 años.

Tabla 6: Presencia de problemas por edades en el post-operatorio

EDADES	CANT	%
15-19	99	30%
20-25	54	17%
26-30	31	10%
31-35	37	11%
TOTAL	221	68%

Ilustración 6: Presencia de problemas por edades en el post-operatorio



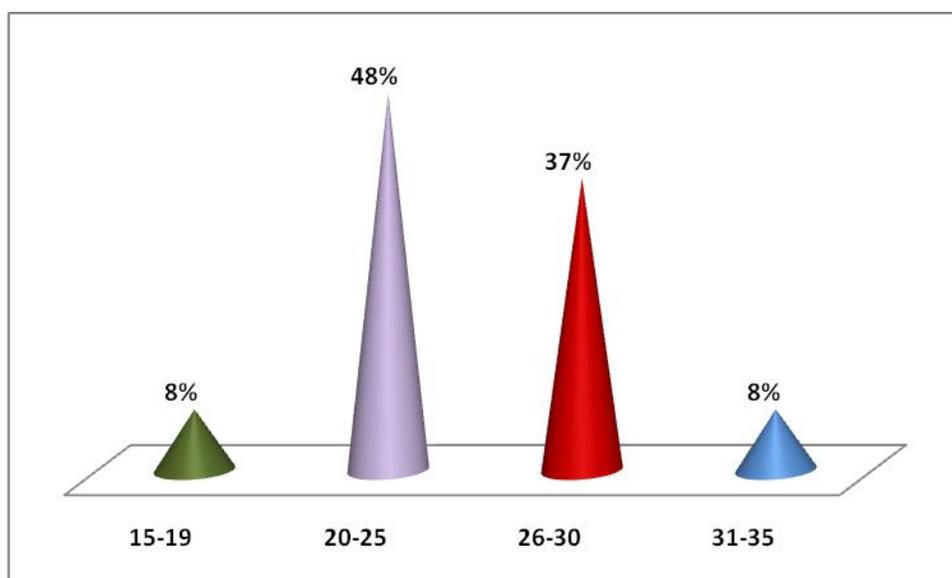
Elaboración: Las autoras

En el caso de las múltiparas que presentan inconvenientes en la etapa post operatoria, se pudo evidenciar que el, 30% se encontraban en el rango de edad de 15 a 19 años, el 17% entre 10 y 25 años, el 10% entre 26 y 30 años, y el 11% entre 31 y 35 años. Lo que permite afirmar que mientras más joven la múltipara, existe mayor riesgo a tener algún problema durante o después del embarazo.

Tabla 7: No presencia de problemas por edades

EDADES	CANT	%
15-19	5	2%
20-25	31	10%
26-30	24	7%
31-35	5	2%
TOTAL	65	20%

Ilustración 7: No presencia de problemas por edades



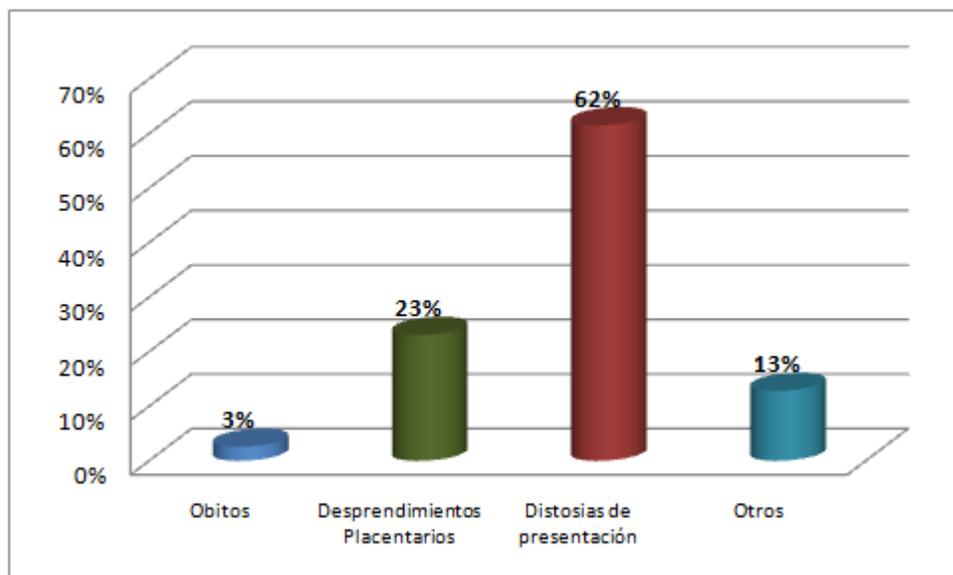
Elaboración: Las autoras

De aquellas mujeres que no presentaron ningún problema durante el embarazo, se pudo identificar que sólo un 8% estaban en el rango de edad de 15 a 19 años, un amplio 48% entre 20 y 25 años, el 37% entre 26 y 30 años, y el 8% restante entre 31 y 35 años. Lo que indica que aquellas edades que se encuentran sobre los 19 años y por debajo de los 31 años, presentan menos inconvenientes.

Tabla 8: Tipo de problemas presentes durante el embarazo

PROBLEMAS	CANT	%
<i>Obitos</i>	1	3%
<i>Desprendimientos Placentarios</i>	9	23%
<i>Distocias de presentación</i>	24	62%
<i>Otros</i>	5	13%
<i>TOTAL</i>	39	100%

Ilustración 8: Tipo de problemas presentes durante el embarazo



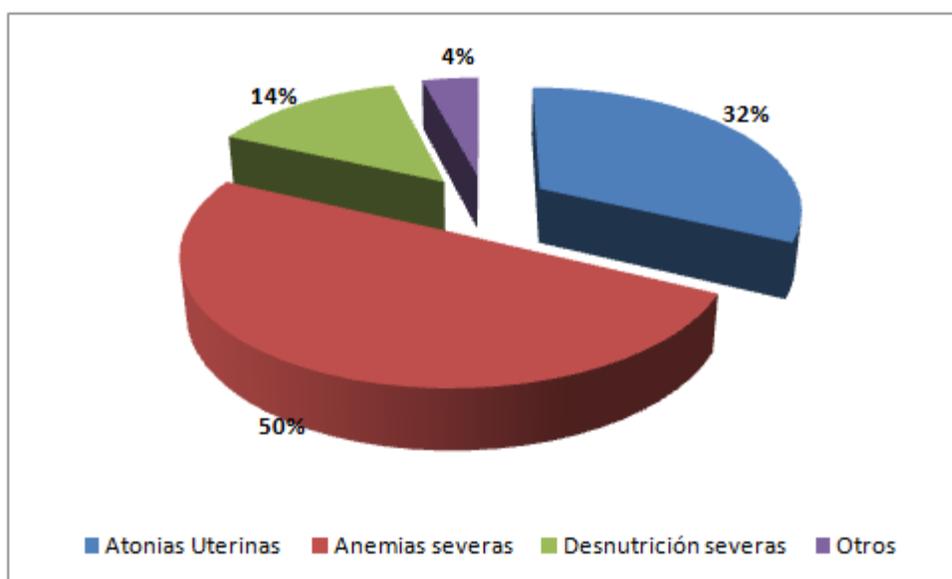
Elaboración: Las autoras

Entre los problemas que se presentan durante el embarazo se pudo determinar que las distocias de presentación son las más comunes con un 62% de participación, le siguen los desprendimientos placentarios con un 23%, luego los óbitos con un 3%, y un 13% que lo forman otros varios inconvenientes.

Tabla 9: Tipo de problemas presentes en el post-operatorio

PROBLEMAS	CANT	%
<i>Atonias Uterinas</i>	71	32%
<i>Anemias severas</i>	110	50%
<i>Desnutrición severas</i>	31	14%
<i>Otros</i>	9	4%
TOTAL	221	100%

Ilustración 9: Tipo de problemas presentes en el post-operatorio



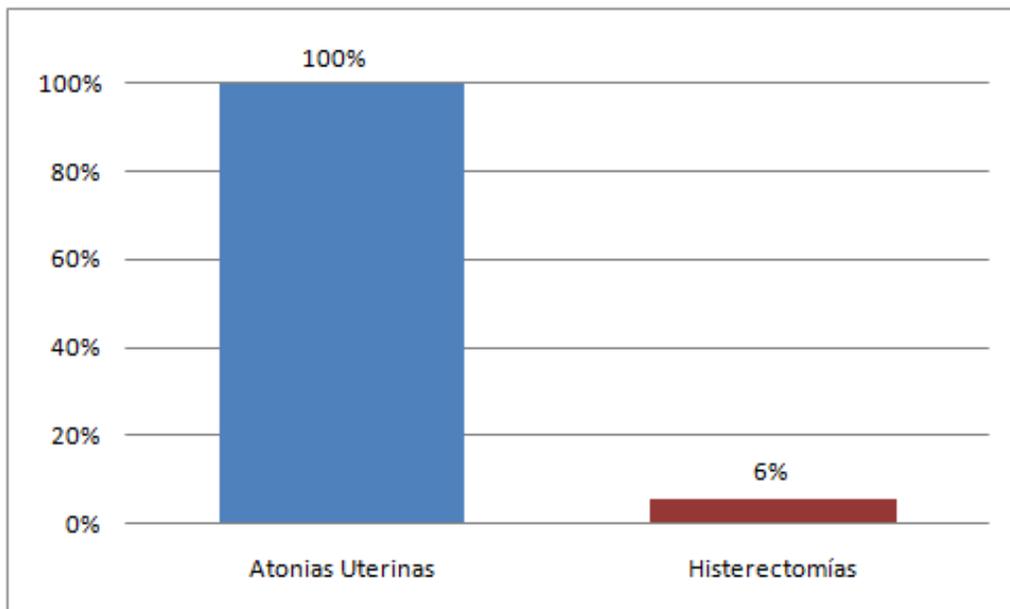
Elaboración: Las autoras

En cuanto a los problemas post operatorios se pudo evidenciar que aquel con mayor participación son las anemias severas con un 50% de presencia, le siguen las atonías uterinas con un 32%, luego viene la desnutrición severa con un 14% y por último un 4% de otros problemas.

Tabla 10: Presencia de Histerectomías dentro del total de atonías uterinas

PROBLEMAS	CANT	%
<i>Atonias Uterinas</i>	71	100%
<i>Histerectomías</i>	4	6%

Ilustración 10: Presencia de Histerectomías dentro del total de atonías uterinas



Elaboración: Las autoras

Del 32% de atonías uterinas se pudo identificar que el 6% eran histerectomías.

4.2 Comprobación y Discusión de Hipótesis

- **Los casos de multiparidad estuvieron directamente relacionados con los factores de riesgo obstétrico y reproductivo en las gestantes que acudieron a la consulta prenatal del Hospital Provincial Martín Icaza del 1 de octubre del 2010 al 30 de abril del 2011.**

Los datos analizados en la tabulación permiten afirmar que cada uno de los problemas presentados tanto durante como después del embarazo en los casos estudiados estuvieron relacionados a su calidad de múltipara, ya que fue esta la que ocasionó en la gran mayoría de casos problemas como: distocias de presentación y atonías uterinas.

- **La no utilización o la utilización incorrecta de métodos anticonceptivos de las mujeres que acuden a la consulta externa del Hospital Provincial Martín Icaza aumenta el porcentaje de multiparidad.**

Se pudo determinar por medio de las entrevistas realizadas, que aquellas múltiparas con mayor participación en el total de la muestra, no tenían conocimiento del uso de anticonceptivos, y si llegaban a tener algo de conocimiento, de todas maneras no lo usaban o lo hacía erróneamente, lo cual causaba que tengan embarazos de forma muy seguida.

- **El bajo grado de escolaridad de las mujeres que acuden a la consulta externa del Hospital Provincial Martín Icaza es uno de los factores predisponentes de la multiparidad.**

La entrevista dejó muy claro que del 100% de encuestadas, el 48% sólo pasaron por la primaria, muchas sin haberla concluido, y un 26% eran

analfabetas, lo cual indica que hay una relación directa entre la poca preparación académica y los casos de multiparidad.

- **El cambio de parejas conyugales y la necesidad de darle hijos a dicha pareja es un predisponente de una gran parte de las mujeres gestantes que acuden a la consulta externa del Hospital Provincial Martín Icaza.**

Uno de los aspectos interesantes al momento de tabular datos fue la evidencia de que del 100% de multíparas entrevistadas, el 30% eran solteras, 41% estaban en unión libre y el 12% eran divorciadas, lo que indica que muchas de ellas, al hacerse de nuevos compromisos de forma rápida, se sienten impulsadas a concebir un hijo o hija en esa relación.

- **Un nivel socioeconómico bajo contribuye a un aumento de la multiparidad.**

En la entrevista se pudo evidenciar que la gran parte de multíparas provenía de familias de clase baja y media baja, lo cual ha influenciado mucho en la presencia de la problemática, debido a que la falta de recursos bloquea su preparación académica, no permite la compra de anticonceptivos, y les da una cultura de planificación familiar muy pobre.

4.3 Conclusiones

El estudio permitió conocer de forma profunda la realidad de aquellas mujeres multíparas que a diario visitan el Hospital Provincial Martín Icaza de la ciudad de Babahoyo, las causas que la llevaron a ese estado y su relación con las características socioeconómicas y académicas que siguen una misma tendencia en la paciente.

Entre las causas con mayor participación estaban la edad de la multípara, su grado o nivel académico, su estado civil y su situación económica.

De forma general, la edad en la cual existe una mayor incidencia de la multiparidad es la comprendida entre los 15 y 19 años, es decir, a la entrada y salida de la adolescencia, la cual como se sabe se caracteriza por ser una etapa de mayor curiosidad y donde la joven y el joven necesitan una mayor guía de parte de los padres o maestros acerca de la salud sexual y reproductiva, de manera que se puedan prevenir embarazos a edades muy tempranas.

Es evidente que la falta de un mayor nivel académico es un detonante que colabora en la presencia de la multiparidad, los datos de la investigación lo demostraron con un 74% de multíparas que son analfabetas o sólo cursaron la primaria. Esta falta de conocimientos en el/la joven evita que se prevengan embarazos no deseado o embarazos espaciados por lapsos cortos de tiempo.

El 47% de los casos de multíparas que tuvieron inconvenientes, ya sea durante o después del embarazo, estaban en una edad entre 15 y 19 años, y de estas el 81% tuvo mayores problemas después del embarazo.

4.4 Recomendaciones

- Socializar las principales causas que conllevan a la multiparidad, especialmente en colegios fiscales o en los subcentros de salud de barrios suburbanos.
- Capacitar a adolescentes y adultos en colegios fiscales y subcentros sobre la multiparidad y los riesgos que esta trae para su salud.
- Crear un programa de capacitación que permita mermar los casos de multiparidad en el sector.

5. PROPUESTA ALTERNATIVA

5.1 Presentación

Campaña de capacitación preconcepcional, reproductiva y anticonceptiva para prevenir los casos de multiparidad en jóvenes en edades comprendidas entre los 15 y 19 años de la ciudad de Babahoyo.

5.2 Objetivos

5.2.1 Objetivo General

Disminuir los casos de multiparidad en mujeres de todas las edades haciendo énfasis en mujeres entre 15 y 19 años en la ciudad de Babahoyo.

5.2.2 Objetivos Específicos

- Elaborar un temario de aquellos contenidos de salud sexual y reproductiva de importancia para los jóvenes y adultos.
- Planificar un cronograma de ejecución para la campaña de socialización de la capacitación.
- Identificar al grupo y la zona objetivo y a aquellos profesionales necesarios para ejecutar la campaña.

5.3 Contenidos

5.3.1 Componentes

A continuación un cuadro que muestra los componentes de la campaña de capacitación:

COMPONENTE
<i>Preconcepcional</i>
<i>Reproductiva</i>
<i>Anticonceptiva</i>

El cumplimiento de estos componentes informativos que se incluyen en la capacitación permitirá dotar a la joven de datos importantes para su cuidado sexual y reproductivo.

5.3.2 Detalle del contenido

A continuación se presenta un resumen de los contenidos que podrán utilizarse por los capacitadores durante las capacitaciones a los jóvenes y adultos.

5.3.2.1 El papel del prestador de servicios

El prestador de servicios tiene una doble tarea; por un lado necesita asumir y manejar con conciencia su sexualidad y por otro debe favorecer las condiciones para crear una cultura del cuidado de la salud sexual y reproductiva. Por ello la claridad sobre sí mismo, sus intereses y motivaciones en este terreno, le permitirán desarrollar adecuadamente su labor como promotor, educador y/o consejero.

Esta doble tarea requiere que el prestador de servicios realice una constante revisión de sus valores y actitudes y fortalezca sus habilidades para brindar servicios de calidad en salud sexual y reproductiva. A continuación se describen algunos de ellos:

5.3.2.1.1 Valores

Los valores son guías que orientan la conducta de los seres humanos; son un reflejo de la cultura y varían de acuerdo al momento de vida y a los intereses de cada persona. En el contexto del trabajo con adolescentes sobre salud sexual y reproductiva, es importante resaltar los siguientes:

Responsabilidad

Implica la acción del prestador para responder por sus propios actos. Se espera también que sensibilice a los/las adolescentes sobre la importancia

de hacerse cargo de sus actos y sus consecuencias. Esto se hará sin generar sentimientos de culpa y temor en los adolescentes.

Tolerancia

Se refiere a la comprensión de las opiniones contrarias a las propias, lo que hace posible la coexistencia de diversas posiciones como una posibilidad de alcanzar la madurez. Esto permitirá que los adolescentes se acepten a sí mismos y a otras personas diferentes a ellos.

Equidad

Se refiere a la conciencia de que todas las personas tienen los mismos derechos en una sociedad. El prestador de servicios debe promover que hombres y mujeres comprendan que ambos son valiosos, inteligentes, competentes, etc. De esta manera es posible construir las bases de una responsabilidad compartida en las relaciones coitales, el uso de métodos anticonceptivos, la maternidad y paternidad, entre otros aspectos.

Respeto

Se refiere a la atención o consideración que se tiene hacia una persona u objeto por cualquier causa o motivo. Implica que el prestador oriente en el respeto que se debe guardar a los diferentes puntos de vista y la toma de decisiones con respecto a la diversidad de la conducta sexual y reproductiva de los adolescentes.

Honestidad

Se refiere a actuar con la verdad y ser congruente entre lo que se dice y se hace. El prestador favorecerá que los adolescentes puedan hablar directamente sobre lo que piensan y sienten sin pena o temor a ser sancionados.

5.3.2.1.2 Actitudes

Las actitudes se refieren a tener o no la disposición para desarrollar o cambiar una conducta. Se sustentan en valores y creencias. En este contexto conviene mantener y promover las siguientes:

Actitud empática

Una necesidad muy importante para los adolescentes es sentirse comprendidos en sus sentimientos y conductas. El prestador de servicios tratará de detectar los sentimientos, temores y ansiedades de los adolescentes para comprender y valorar los alcances de una duda o problema.

Actitud flexible

Los adolescentes necesitan sentirse escuchados por una persona lo suficientemente abierta y flexible para que no repruebe sus actos. Al adolescente no le gusta sentirse juzgado por los adultos.

Actitud comprometida

Los adolescentes perciben cuando los adultos no quieren tratar algún tema o son indiferentes a sus problemas y preocupaciones y esto puede hacer que ellos sientan desconfianza. El prestador de servicios debe estar comprometido con su trabajo y hacer evidente este compromiso en su trato con los consultantes.

Actitud negociadora

El prestador de servicios deberá apoyar que no se adopten posturas radicales de ruptura y revancha sino favorecer el diálogo, el intercambio de puntos de vista y la conciliación entre diferentes actitudes para llegar, en lo posible, a establecer acuerdos.

5.3.2.1.3 Habilidades

Las habilidades son las capacidades y destrezas que tiene y desarrolla una persona a partir de sus intereses. Algunas de las principales habilidades que un prestador de servicios debe desarrollar son: Tolerar, aceptar y valorar las diferencias entre hombres y mujeres.

Es necesario favorecer las relaciones democráticas, de cooperación y compañerismo entre hombres y mujeres.

Aprender a escuchar

El prestador de servicios, como ya se señaló anteriormente, debe prestar atención a los verdaderos sentimientos que los adolescentes manifiestan en cuanto a su sexualidad y salud reproductiva.

5.3.2.2 Adolescencia, salud sexual y reproductiva y derechos sexuales

5.3.2.2.1 Contenidos Educativos

La salud sexual y reproductiva en la adolescencia: un derecho a conquistar

SABÍA USTED QUE...

- La edad promedio para el inicio de relaciones coitales es de 16 años. Los varones se inician antes que las mujeres con una diferencia de uno o dos años.
- El 76 % de los varones solteros y el 35 % de las mujeres solteras menores de 20 años declaran haber tenido relaciones coitales.

- Los hombres informan haber tenido su primera relación sexual con una amiga, mientras las mujeres dicen que se inician con su novio.
- La agenda de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo del Cairo (1994) reconoce...el derecho de los/las adolescentes a la educación sexual y a servicios de salud adecuados para ellos.

INFORMAR AL ADOLESCENTE Y ADULTO SOBRE...

¿Qué es la adolescencia?

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la adolescencia es una de las etapas de la vida y uno de los grupos de población, que se ubica entre los 10 y 19 años de edad (definición cronológica). Se inicia con la pubertad, la cual se caracteriza por cambios biológicos y corporales como son el desarrollo de los caracteres sexuales secundarios y la adquisición de la capacidad reproductiva (definición biológica).

Los cambios emocionales más importantes de esta etapa son: la búsqueda de identidad, la separación de los padres, el duelo por la infancia y el fortalecimiento del yo (definición psicológica). Se concibe como un periodo de aplazamiento y preparación para las responsabilidades de la vida adulta: encontrar empleo, iniciar la vida en pareja o convertirse en padre o madre, que se definen de acuerdo a cada cultura (definición sociocultural).

¿Qué es el sexo?

El sexo es el conjunto de características anatómicas y fisiológicas que permiten la diferenciación física de los seres humanos.

¿Qué es la sexualidad?

La sexualidad es un concepto amplio que se define como la manifestación psicológica y social del sexo. Esto quiere decir que la sexualidad es un término que abarca además de los aspectos físicos (la anatomía y fisiología), los aspectos emocionales (los sentimientos y las emociones) y los aspectos sociales (las normas y reglas de lo que debe ser un hombre y una mujer en el área sexual).

Las finalidades de la sexualidad son diversas y consideran la comunicación, el amor, las relaciones afectivas con otras personas, el placer y la reproducción.

La cultura influye de manera definitiva en la manifestación de la sexualidad, a través de las diferencias de género.

¿Qué es el género?

El género se refiere a las diferencias que existen entre hombres y mujeres en cuanto a ideas, valores, y modos de actuar; estas diferencias no tienen un origen biológico, sino que son construcciones que la cultura impone a hombres y mujeres para cumplir determinados papeles. Ejemplo: Se pide a los hombres que sean fuertes y formales, y a las mujeres que sean bonitas y tiernas. Estas manifestaciones dependen del sexo de la persona, su experiencia, su educación y sus valores entre otras.

¿Cómo se manifiesta la sexualidad en los adolescentes?

Existen diferentes formas de manifestar la sexualidad que comprenden desde la abstinencia hasta las relaciones coitales, incluyendo la

masturbación y las caricias sexuales. Estas manifestaciones dependen del sexo de la persona, su experiencia, su educación y sus valores, entre otras.

La abstinencia

La abstinencia es una expresión en la cual las personas optan por no realizar ninguna actividad sexual ni autoerótica.

Con frecuencia los hombres y las mujeres que practican la abstinencia sexual canalizan el impulso sexual a través de los llamados sueños húmedos: eyaculaciones nocturnas o lubricaciones vaginales.

La masturbación

La masturbación es la manipulación de los genitales con el fin de sentir placer. Todavía existen creencias falsas acerca de la masturbación, como: “se detiene el crecimiento”, “se seca la columna”, etcétera. Es importante aclarar que la masturbación se da tanto en el hombre como en la mujer, no causa daño físico ni mental, al contrario, permite que los adolescentes ensayen su vida sexual futura.

Las caricias sexuales

Las caricias sexuales son expresiones placenteras compartidas por las y los adolescentes sin llegar a la relación coital. Las caricias comprenden los besos, abrazos, tocamientos y masajes con fines eróticos. Las caricias sexuales permiten conocer y reconocer el propio cuerpo y el del otro (a), ayuda a disfrutar el erotismo y diversifica las posibilidades del placer.

Las relaciones coitales

Las relaciones coitales son otra forma de expresar la sexualidad, y consisten en intercambiar caricias con el fin de llegar al coito. Las relaciones coitales permiten el intercambio de placer, amor, sentimientos, afectos y comunicación.

Las relaciones coitales se practican desde diferentes orientaciones o preferencias, como la heterosexualidad, (gusto para relacionarse afectiva o eróticamente con personas de diferente sexo), la homosexualidad (gusto para relacionarse afectiva o eróticamente con personas del mismo sexo), y la bisexualidad (cuando existe la misma atracción hacia uno y otro sexo).

¿Qué relación existe entre la sexualidad de los y las adolescentes y la salud sexual?

La sexualidad, al ser parte de la vida individual de las personas, es un producto de la cultura y está inmersa en diferentes ámbitos. La salud sexual busca llegar a un estado de bienestar. Los problemas que afecten la sexualidad como: riesgos de embarazos no planeados, maternidad y paternidad tempranas, matrimonios forzados, abortos, infecciones de transmisión sexual, VIH/SIDA y abuso sexual entre otros, son motivo de estudio y atención por los especialistas y las instituciones que trabajan en el diseño y prevención de programas y servicios en salud sexual.

¿Qué es la salud sexual?

La salud sexual forma parte de la salud del ser humano y se refiere al estado de bienestar de hombres y mujeres para tener una vida sexual placentera y segura. Está encaminada al desarrollo de la vida y de las relaciones

personales y no meramente al asesoramiento y la atención en materia de reproducción y de enfermedades de transmisión sexual: Conferencia Internacional de Población y Desarrollo del Cairo 1994.

Se entiende por salud sexual, la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos que no incluye como elemento indispensable la procreación; en esencia la sexualidad es una oportunidad para desarrollar los valores de amor, comunicación, responsabilidad y equidad de género: La nueva cultura de la salud sexual, MEXFAM 1995.

¿Qué es la salud reproductiva?

La salud reproductiva supone un estado de completo bienestar físico, mental y social en lo que respecta a todo lo relacionado con el sistema reproductivo, sus funciones, procesos, y no simplemente a la ausencia de enfermedad o debilidad. La salud reproductiva implica la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria, sin riesgos y de procrear, la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia. El hombre y la mujer tienen el derecho a obtener información y acceso a métodos seguros, eficaces, asequibles, y aceptables para la regulación de la fecundidad, así como el derecho a recibir servicios adecuados de atención a la salud que permitan el embarazo y el parto sin riesgo y con las mayores posibilidades de tener un hijo saludable. Organización Mundial de la Salud.

¿Qué son los derechos sexuales y reproductivos?

Los derechos sexuales forman parte de los derechos humanos básicos es decir, lo que tenemos las personas por el hecho de ser personas. Estos derechos se refieren al respeto de la integridad física del cuerpo humano, al derecho a la información y a los servicios de salud sexual, al derecho a tomar

decisiones sobre la propia sexualidad y la reproducción. En el cuadro se enumeran los derechos sexuales de los y las adolescentes.

Derechos sexuales y reproductivos de los adolescentes

Todos los adolescentes del mundo, sin importar sexo, religión, color, orientación sexual o habilidad física o mental tienen los siguientes derechos como seres sexuales:

- El derecho a ser ella/el mismo, libre de tomar sus propias decisiones de expresar lo que piensa, de disfrutar de la sexualidad, de estar seguro/a, de escoger casarse (o no casarse) y de planear una familia.
- El derecho a estar informado, sobre sexualidad, anticonceptivos, infecciones de transmisión sexual ITS y VIH/SIDA y sobre sus derechos sexuales.
- El derecho a estar protegido de embarazos no planeados, ITS, VIH/SIDA y de abusos sexuales.
- El derecho a tener servicios médicos confidenciales, a precios accesibles, de buena calidad y respetuosos.
- El derecho a participar en la planeación de programas juveniles, tomar parte en reuniones y seminarios y tratar de influir en los gobiernos, por los medios apropiados.

ACLARAR AL ADOLESCENTE...

En una relación de pareja, ¿lo más importante es el contacto sexual?

Falso. Cada pareja establecerá prioridades para satisfacer sus necesidades de acuerdo al tipo de relación que establezcan. Muchas parejas valoran,

además del contacto sexual, otros aspectos como son: la comunicación, la ternura y el amor.

Las personas que se abstienen de tener relaciones coitales, ¿son más sanas?

Falso. El tener una vida sexual placentera y sana forma parte de las necesidades de cada persona. El momento, las condiciones y la frecuencia en que las personas decidan tener relaciones coitales, es una decisión propia.

¿Existen dos tipos de mujeres, la decente (con la que te vas casar) y la fácil (con la que te acuestas)?

Falso. Esto es un prejuicio social que divide a la mujer de acuerdo a su actividad sexual. Ser “decente” no está ligado al ejercicio de la sexualidad. Esta creencia tiene su base en la vinculación sexualidad = reproducción que existe para las mujeres y la unión sexualidad = placer que se ha construido culturalmente para los hombres. Ambas creencias son falsas, ya que la mujer es capaz de manifestar su deseo y tener relaciones por placer y los hombres pueden incluir el afecto, la ternura y el deseo de reproducirse en sus encuentros sexuales.

Los hombres y las mujeres, ¿tienen el mismo deseo sexual?

Cierto. Tanto hombres como mujeres tienen la misma capacidad de sentir deseo sexual, no obstante la sociedad ha restringido la expresión del erotismo en la mujer y ha favorecido que los hombres puedan expresar su deseo sin conflictos.

SABÍA USTED QUE...

- Las adolescentes que tienen mejor autoestima y una adecuada comunicación familiar, planean el inicio de su vida sexual.
- El 6.2% de los hijos primogénitos de madres adolescentes fallecen en el primer año de vida.
- Aproximadamente el 10% de los abortos que se practican en nuestro país ocurren en mujeres de 15 a 19 años.
- El 60% de las mujeres que se embarazan en la adolescencia, no han asistido a la escuela.

INFORMAR AL ADOLESCENTE SOBRE...

¿Qué es el embarazo no planeado en la adolescencia?

El embarazo en la adolescencia es un problema de salud, en especial en los países latinoamericanos. Ocurre cuando la mujer se embaraza antes de los 20 años y por lo regular es una situación inesperada y no planeada.

El embarazo entre los 15 y 19 años ha sido clasificado como de alto riesgo debido a las complicaciones que provoca en la salud de la madre y del niño.

¿Qué tan frecuente es el embarazo antes de los 20 años?

Como se indicó anteriormente, en nuestro país se presentan alrededor de 450,000 nacimientos cada año en mujeres menores de 20 años, lo que representa un importante reto para la prestación de servicios de salud a este grupo de edad. Las mujeres adultas actualmente han disminuido el número de hijos, pero éste no es el caso para las mujeres que se embarazan entre los 15 y 19 años.

¿Qué es el embarazo no planeado en la adolescencia?

El embarazo en la adolescencia es un problema de salud, en especial en los países latinoamericanos. Ocurre cuando la mujer se embaraza antes de los 20 años y por lo regular es una situación inesperada y no planeada.

El embarazo entre los 15 y 19 años ha sido clasificado como de alto riesgo debido a las complicaciones que provoca en la salud de la madre y del niño.

¿Cuáles son las características de las madres adolescentes?

En general las madres adolescentes tienen en común las siguientes características:

- La maternidad tiene un gran valor. Es una posibilidad para ser tomadas en cuenta por los adultos.
- No se sienten amadas o aceptadas por los demás.
- Buscan en el bebé la posibilidad de tener algo propio por lo que puedan luchar.
- Buscan reafirmar su identidad sexual a través de la maternidad.
- El hijo representa para ellas una oportunidad para reivindicarse o para transgredir las normas familiares.
- Inician su vida sexual para llenar un vacío afectivo y tienen la expectativa de establecer, por este medio, fuertes lazos amorosos.

¿De qué manera afecta el embarazo la vida de la mujer adolescente?

El embarazo en la adolescencia representa un alto riesgo, debido a que la mujer aún no ha consolidado su desarrollo físico y no se encuentra en las condiciones emocionales y económicas para formar una familia.

El embarazo en la adolescencia no solo afecta la vida personal y familiar de las mujeres, sino que también agudiza las condiciones de pobreza del grupo familiar. La falta de recursos económicos es un serio obstáculo para una adecuada atención y alimentación de la madre; la falta de oportunidades laborales y la nueva responsabilidad económica de la crianza del hijo presentan un complejo panorama futuro, en especial, para los grupos más desfavorecidos de la población.

¿Qué complicaciones médicas tiene el embarazo antes de los 20 años?

Las complicaciones médicas que se presentan son diversas: abortos y partos prematuros; también es común que se practique cesárea o se utilicen fórceps durante el parto. Asimismo es frecuente que el trabajo de parto tenga mayor duración, ocasione alteraciones en la madre y sufrimiento fetal agudo en el bebé.

La preeclampsia es una de las complicaciones más comunes. Sus síntomas son edema o hinchazón, presión arterial elevada y proteínas en la orina. De no controlarse puede causar eclampsia (enfermedad que daña el sistema nervioso e incluso puede producir la muerte, tanto de la madre como del bebé).

¿Cuáles son los problemas que presentan los bebés de madres adolescentes?

Se ha estudiado que la morbi-mortalidad infantil es más elevada cuando las madres son adolescentes, aunque esto se asocia también con los grupos socioeconómicos más desfavorecidos y al descuido alimentario durante el embarazo. Los hijos o hijas de estas madres suelen tener bajo el peso y la

talla al nacer, y en algunas ocasiones pueden tener menor coeficiente intelectual que el normal.

¿Cuáles son las consecuencias psicológicas y sociales que pueden presentar las adolescentes que se embarazan sin planearlo?

Estas adolescentes pueden presentar: depresiones, somatizaciones (enfermedades psicológicas que se manifiestan en problemas médicos), sentimientos de minusvalía, fantasías de autodestrucción (suicidios) y sentimientos de culpa. Se enfrentan al rechazo de la familia del novio y de la sociedad en general, que en ocasiones se traduce en maltrato emocional y físico.

También pueden ser obligadas a contraer un matrimonio forzado. Otras jóvenes deciden abortar y desgraciadamente lo hacen en condiciones inadecuadas y con personas inexpertas, lo cual puede ocasionar problemas de salud, tales como infecciones del aparato sexual, esterilidad y hasta la muerte.

Las adolescentes que no habían desertado de la escuela, cuando se embarazan, dejan los estudios, y si los continúan les es difícil responder de igual manera, ante las responsabilidades escolares y maternas. Asimismo ellas se hacen más dependientes de sus padres, o si se unen, de sus suegros ya que necesitan de su ayuda para la atención, educación y manutención del hijo.

¿Por qué algunas mujeres adolescentes no utilizan métodos anticonceptivos para prevenir un embarazo?

Aunque la mayoría de las adolescentes tiene cierta información sobre los métodos anticonceptivos, mucha de esta información todavía es mala ya que se encuentra afectada por mitos y tabúes. Diferentes estudios cualitativos muestran que las creencias culturales influyen de manera decisiva en su empleo. Entre las creencias más importantes están el alto valor de la maternidad, la dificultad de las mujeres para negociar el uso del condón, la resistencia de los varones a aceptar una actitud propositiva de las mujeres, la dificultad de las mujeres para disfrutar las relaciones coitales.

¿Qué sucede con los varones adolescentes ante el embarazo de sus parejas?

Uno de los estereotipos más comunes es que el varón “huye de su responsabilidad ante la compañera”. Sin embargo estudios recientes demuestran que los hombres asumen también conductas como casarse, unirse después de que nace el bebé y responsabilizarse de la manutención, entre otras. En la actualidad los varones adolescentes están en un proceso de cambio en cuanto a lo que significa “ser hombre”, y reflexionan sobre el sentido que tiene para ellos tiene la paternidad, así como las satisfacciones y obligaciones que esto implica.

ACLARAR AL ADOLESCENTE Y ADULTO...

En la primera relación sexual, ¿puede ocurrir un embarazo?

Cierto. Potencialmente la mujer puede quedar embarazada una vez que se ha presentado la primera menstruación, sin importar que sea la primera

relación sexual. El varón puede embarazar a su compañera una vez que ha tenido la primera eyaculación.

Los embarazos no planeados en la adolescencia, ¿afectan la vida futura de las parejas?

Cierto. Un embarazo no planeado tiene efectos emocionales y sociales tanto en hombres como en mujeres: depresiones, problemas escolares, menores posibilidades de empleo, y responsabilidades que son difíciles de asumir a esta edad.

La posibilidad de tener un hijo, ¿retiene a la pareja?

Falso. Es mucho mejor que la pareja decida tener un hijo de manera conjunta, que sea planeado y deseado. Las adolescentes suponen que tener un hijo les puede ayudar para que el hombre formalice su relación con ellas; sin embargo esto es muy relativo. La pareja se puede acercar o distanciar independientemente de los hijos.

¿Es mejor que la mujer tenga hijos siendo joven para verlos crecer?

Falso. La edad ideal para que la mujer se embarace es de los 20 a los 35 años; si el embarazo ocurre siendo la mujer muy joven o mayor, las posibilidades de atención y educación de los hijas e hijos pueden verse influidas por su falta de experiencia de vida o por compartir la crianza con otras expectativas personales

SABÍA USTED QUE...

- Seis de cada diez adolescentes que regularon su fecundidad recurren a los métodos del ritmo y al retiro.
- El 34% de los adolescentes han utilizado un método anticonceptivo durante la primera relación sexual.
- Los índices de mortalidad materna entre mujeres de 15 a 19 años de edad son el doble de los correspondientes a las mujeres de 20 a 29 años.

INFORME AL ADOLESCENTE Y ADULTO SOBRE...

¿Cuál es la importancia de utilizar métodos anticonceptivos?

El conocimiento sobre el uso de métodos anticonceptivos permite tomar decisiones oportunas y adecuadas sobre la reproducción de manera libre, responsable e informada y contribuye al ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de las personas y a mejorar y mantener el nivel de salud.

¿Qué son los anticonceptivos?

Los métodos anticonceptivos son objetos, sustancias, y procedimientos que se utilizan de manera voluntaria para regular la capacidad reproductiva de una persona o una pareja con el fin de evitar un embarazo no planeado.

Se clasifican en dos grandes grupos: métodos temporales y definitivos. Los temporales son aquellos cuyo efecto dura el tiempo que se les emplea. Si la pareja desea tener más hijos, la mujer puede embarazarse al suspender su uso. Los definitivos evitan el embarazo de manera permanente y se recurre a

ellos cuando la pareja tiene la paridad satisfecha. El término paridad se refiere al número de hijos que cada pareja decide tener.

¿Qué elementos se deben considerar cuando el adolescente solicita un método anticonceptivo?

Cuando el adolescente decide solicitar un método anticonceptivo, es importante investigar algunos aspectos sobre su comportamiento sexual y sobre sus expectativas reproductivas para favorecer la correcta elección.

Para poder ofrecer un método anticonceptivo a los adolescentes es necesario investigar los siguientes antecedentes:

- Vida sexual activa
- Número de parejas sexuales
- Planeación de las relaciones coitales
- Prácticas sexuales de riesgo
- Frecuencia de relaciones coitales
- Tipo de relaciones (oral, anal, vaginal)
- Conocimiento y uso de métodos anticonceptivos
- Antecedentes de embarazo, parto, cesárea o aborto
- Antecedentes de infecciones de transmisión sexual (ITS)

¿Cuáles son los métodos que pueden ser utilizados por los adolescentes?

En la actualidad se cuenta con métodos anticonceptivos seguros y prácticamente sin repercusiones en la salud. La mayoría de los métodos temporales pueden ser utilizados por los adolescentes.

Los métodos que ofrecen una mayor seguridad anticonceptiva son: los hormonales (pastillas e inyecciones) y el DIU.

Cuando además de la prevención de un embarazo, se desee evitar el contagio de una ITS, incluyendo el SIDA, deberá usarse el condón o preservativo.

En los adolescentes no es recomendable la promoción de los métodos “naturales” o de abstinencia periódica ya que se ha visto que el índice de falla es muy alto.

¿Por qué los anticonceptivos hormonales (las pastillas y los inyectables) son útiles como método anticonceptivo para adolescentes?

Las pastillas y los inyectables son los métodos recomendables, por su alta efectividad y seguridad (más del 99%) en la medida que se tomen o apliquen de manera ininterrumpida (ver cuadro, página 75). En especial se sugieren las pastillas de segunda generación como Levonorgestrel y de tercera generación como Gestodeno, Desogestrel y Norgestimato y los inyectables de segunda generación, de aplicación mensual (de bajo aporte hormonal).

¿Por qué es indicado el DIU para las adolescentes?

El DIU es recomendable por su alta efectividad (95 al 99%), debe utilizarse en mujeres adolescentes cuyo fondo uterino sea mayor de seis centímetros, con vida sexual activa y que no deseen o tengan contraindicación para utilizar métodos hormonales.

El DIU tiene un prolongado efecto anticonceptivo (más de cinco años), no interfiere en la relación sexual, y el retorno a la fertilidad es generalmente inmediato.

El prestador de servicios debe explicar durante la consejería que el DIU será revisado al mes de su aplicación, a los seis meses y al año; y posteriormente cada año.

¿Por qué es indicado el uso del condón?

El condón es un método que además de evitar un embarazo previene las infecciones de transmisión sexual, incluyendo el VIH/SIDA. Su efectividad aumenta si se utiliza de manera consistente y correcta (85 al 97%).

El condón es fácil de llevar, no requiere receta médica, no ocasiona problemas de salud y es ideal para relaciones coitales poco frecuentes o con varias parejas.

El prestador de servicios debe explicar durante la consejería los pasos para utilizar el condón correctamente.

¿Por qué a los adolescentes se les dificulta usar métodos anticonceptivos?

Existen diferentes obstáculos para que los adolescentes utilicen métodos anticonceptivos, algunos de ellos son:

- Desconocimiento de fuentes de obtención de métodos anticonceptivos y de la información correcta sobre los mismos.

- Uso erróneo de los métodos naturales más frecuentes utilizados como son: el ritmo y el retiro.
- Temor o vergüenza a solicitar un método anticonceptivo en un punto de servicio por una posible desaprobación.
- Sensación de invulnerabilidad ante un posible embarazo ó un contagio de una ITS o VIH/SIDA.
- Espontaneidad como condición para la relación sexual sobre todo en los primeros encuentros.

¿Qué se debe hacer con los adolescentes que no usan un método anticonceptivo regularmente?

Este grupo de adolescentes requiere una atención especial por ser el que se encuentra en mayor riesgo de tener un embarazo no planeado o contraer una ITS, sería importante considerar lo siguiente:

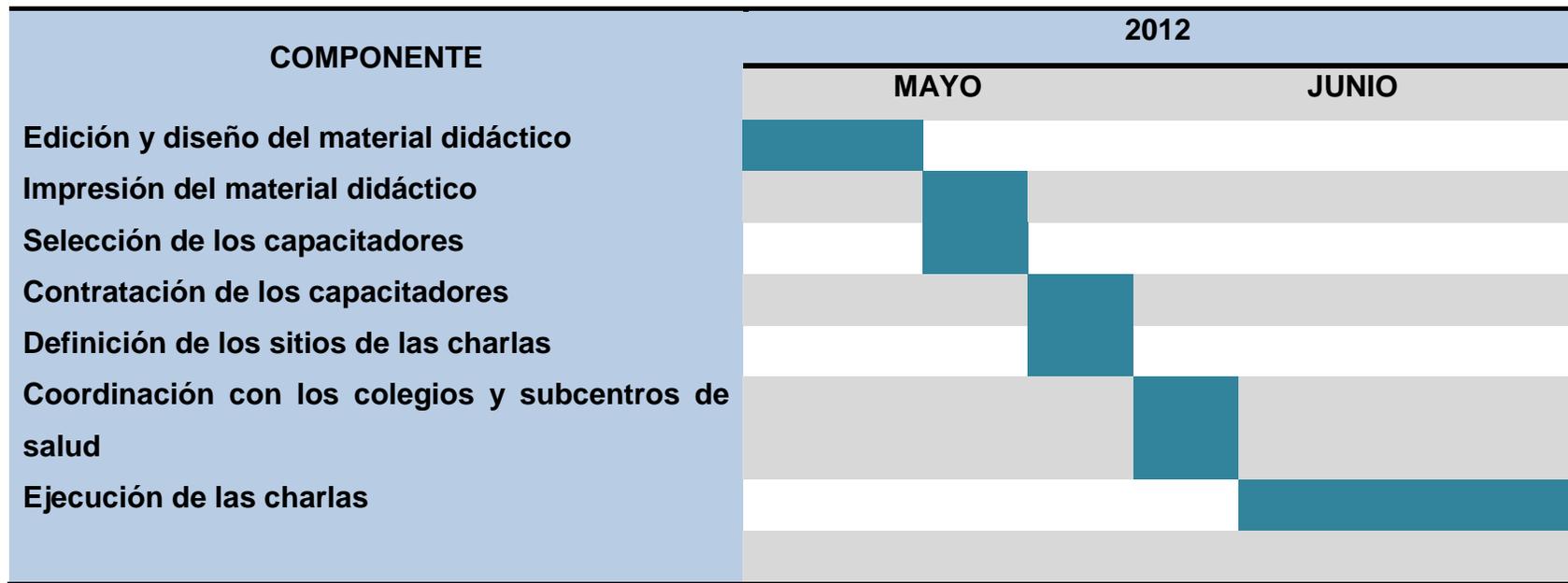
- Investigar razones de no uso y tratar de resolverlas.
- Ofrecer el uso de algún método anticonceptivo y en caso de que el adolescente decida usarlo, informar detalladamente sobre el mismo; si se cuenta con el método, entregarlo o aplicarlo.
- Enfatizar la información sobre anticoncepción de emergencia o alternativa en caso de que decida no usar algún método.

Es importante aparte de las capacitaciones programadas, que en cada colegio fiscal o institución existe una persona con los conocimientos suficientes en estos temas que esté a las órdenes de los adolescentes o adultos que necesiten aclarar dudas o tratar sobre un tema específico.

5.4 Recursos

RUBRO	CANTIDAD	PRECIO UNT.	TOTAL
<i>Edición y diseño del Material didáctico</i>	600,00	\$1,00	\$600,00
<i>Material didáctico a distribuir</i>	10.000,00	\$0,50	\$5.000,00
<i>Capacitadores Profesionales de la salud</i>	2	\$1.000,00	\$2.000,00
<i>Logística</i>	1	\$500,00	\$500,00
TOTAL			\$8.100,00

5.5 Cronograma de Ejecución de la Propuesta



6. BIBLIOGRAFÍA

- Aguilar J, Botello L, Aumak K. Hablemos de la Autoconciencia de la salud sexual y reproductiva. Manual para instructores que trabajan con adolescentes. Mexfam, Institute for Reproductive Health Georgetown University. México, 1998.
- Aguilar José y Mayén Beatriz. Esto es cosa de hombres ¿o de mujeres?, Mexfam. México, 1998.
- Aguilar José y Mayén Beatriz. (Comp.). Hablemos de sexualidad: Lecturas. Tercera edición, Mexfam. México, 1997.
- Aguilar José. El video y la salud sexual juvenil. Manual para el manejo didáctico de videos en salud sexual. Mexfam-JOICFP. México, 1998.
- CONASIDA. En condón en la prevención de la infección del VIH. Mecanograma. Mexico, 1999.
- GOMEZ SOSA, Elba (1999) "Transtorno hipertensivo durante el embarazo". Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología. NNO.26. República Cuba.
- LÓPEZ A. Lazo P. Perspectiva hacia el siglo XXI. La nueva cultura de la salud sexual. Mexfam, 1995
- MONROY DE V.A.; MORALES G., M.N., y VELASCO M.L. (1998) Fecundidad en la adolescencia, causas, riesgos y opciones. Cuaderno técnico No. 42, Estados Unidos.
- MODAN B, Hartge P. (2001) Parity, oral contraceptives, and the risk of ovarian cancer among carriers and noncarriers of BRCA1 or BRCA2 mutation. N Engl J Med.
- Pérez J y E. Maldonado. Adolescentes una evaluación del conocimiento la Investigación sobre Juventud en México 1986-1996 en Revista Causa Joven. Causa Joven. México, 1996.

- Píldoras de Anticonceptivas de Emergencia. Paquete Informativo para Proveedores de Salud y Directores de Programas. Consorcio sobre Anticoncepción de Emergencia. EE. UU. Agosto, 1996.
- Rodríguez Gabriela, Mayén Beatriz. Los Caminos de la Vida. Manual de Capacitación sobre Sexualidad, Infecciones de Transmisión Sexual para Campesinos y Campesinas en México. México, 2000.
- Stern, C. “Embarazo adolescente. Significado e implicaciones para distintos sectores sociales” en Demos. Carta demográfica sobre México, No. 8. México, 1995.
- Universidad Central de Venezuela. Facultad de Medicina, Escuela de Salud Pública. (2002) Valencia Edo. Carabobo. Programa de Planificación. Familiar Salud Sexual y Reproductiva.
- Word Victoria, Cohen Suzanne et al. Módulo de autoevaluación: Programa de salud sexual y reproductiva para jóvenes. IPPF. Nueva York, 1999.

Sitios web visitados:

- ANDRADE, M. (1989). disponible en: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=ADOLEC&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=202117&indexSearch=ID>. Cochabamba.
- <http://www.bebesangelitos.com/embarazo/embarazoprecoz.php>
- <http://cpm12a.wordpress.com/category/embarazo-precoz/>
- Ministerio de Salud Pública de Paraguay. Análisis Método Ramos Prospectivo.. Disponible en: <http://www.ultimahora.com/notas/248184-multiparidad-pone-en-riesgo-la-vida-de-las-madres>

7. ANEXOS

7.2. Anexo 1: Encuesta

ENCUESTA

Tema:

Multiparidad como factor de riesgo obstétrico y reproductivo en las gestantes que acuden a la consulta prenatal del Hospital Martín Icaza de la ciudad de Babahoyo, en el periodo comprendido del 1 de octubre del 2010 al 30 de abril del 2011.

Objetivo:

Obtener información importante acerca de la realidad que acuden al hospital Martín Icaza de la ciudad de Babahoyo

Información General

Edad: _____

Nivel de Instrucción:

Primaria _____ Secundaria: _____ Superior: _____

Analfabeta: _____

Estado Civil:

Soltera _____ Casada _____ Divorciada _____ Unión Libre _____

1.- En que momento se ha presentado un problema por multiparidad?

Durante el embarazo _____

Post operatorio _____

No tuvo problemas _____

2.- A qué edad se le presentó el problema durante el embarazo?

3.- A qué edad se le presentó el problema en el post operatorio?

4.- A qué edad fue considerada multípara sin presentarle problemas?

5.- Qué problemas se le presentaron durante el embarazo?

Obitos: _____

Desprendimientos placentarios: _____

Distocias de presentación: _____

Otros: _____

6.- Qué problemas se le presentaron en el post operatorio?

Atonías uterinas: _____

Anemias severas: _____

Desnutrición severa: _____

Otros: _____

7.- Hubo presencia de Histerectomías cuando tuvo atonías uterinas?

Si ____ No ____

Muchas Gracias por su colaboración.

7.3. Fichas médicas

FICHA MÉDICA		
HC#	14567	Nombre: Alicia Medina Carbo
Edad:	19	
Estado Civil:	Unión Libre	
AGO		
G: 3	P: 1	C: 2
A: 0		

FICHA MÉDICA		
HC#	14568	Nombre: María Dolores Pérez León
Edad:	20	
Estado Civil:	Unión Libre	
AGO		
G: 5	P: 4	C: 0
A: 1		

FICHA MÉDICA		
HC#	14569	Nombre: Fatima Liseth Robayo Gil
Edad:	16	
Estado Civil:	Soltera	
AGO		
G: 3	P: 0	C: 3
A: 0		

FICHA MÉDICA		
HC#	78456	Nombre: Francisca Leonor Guapulema Siza
Edad:	37	
Estado Civil:	Unión Libre	
AGO		
G: 4	P: 3	C: 0
A: 1		

FICHA MÉDICA		
HC#	51490	Nombre: Paola Tatiana Cedeño Ortíz
Edad:	20	
Estado Civil:	Soltera	
AGO		
G: 3	P: 3	C: 0
A: 0		

FICHA MÉDICA		
HC#	11129	Nombre: Julia María Huilcapi Manobanda
Edad:	18	
Estado Civil:	Soltera	
AGO		
G: 4	P: 3	C: 0
A: 1		

FICHA MÉDICA		
HC#	19633	Nombre: Michelle Karina Granda Pisco
Edad:	15	
Estado Civil:	Unión Libre	
AGO		
G: 3	P: 2	C: 1
A: 0		

FICHA MÉDICA		
HC#	18221	Nombre: Norma Estela Gavilanez García
Edad:	25	
Estado Civil:	Unión Libre	
AGO		
G: 4	P: 3	C: 1
A: 0		

FICHA MÉDICA		
HC#	18547	Nombre: Lady Estefania Riquero Preciado
Edad:	29	
Estado Civil:	Casada	
AGO		
G: 4	P: 2	C: 2
A: 0		

FICHA MÉDICA		
HC#	16798	Nombre: María del Carmen Hernández Checa
Edad:	17	
Estado Civil:	Unión Libre	
AGO		
G: 3	P: 1	C: 2
A: 0		

7.4. Métodos anticonceptivos

MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS TEMPORALES:	
Hormonales	<ul style="list-style-type: none"> • Orales (monofásicos, bifásicos y trifásicos) • Inyectables (mensuales, bimestrales y trimestrales) • Implantes subdérmicos • Anillos vaginales* • Antigestágenos* • Nasaes (investigación)
Intrauterinos: (DIU)	<ul style="list-style-type: none"> • No medicados (Inertes) • Medicados (activos) • Hormonales: Método endoceptivo que libera Levonorgestrel (LNG)
De barrera	<ul style="list-style-type: none"> • Condón masculino y femenino • Espermicidas locales: óvulos, jaleas y espumas • Diafragma • Esponjas vaginales
Naturales:**	<ul style="list-style-type: none"> • Abstinencia periódica • Coito interrumpido • Ritmo o calendario • Temperatura basal • Moco cervical (Billings)
Método de la lactancia (MELA) **	

MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS PERMANENTES O DEFINITIVOS:
Oclusión tubaria bilateral (OTB) (en la mujer)
Vasectomía (en el hombre)

MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS:

Muy seguros

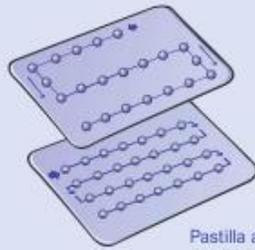


Vasectomía

Ligadura de trompas



Dispositivo intrauterino (DIU)



Pastilla anticonceptiva combinada



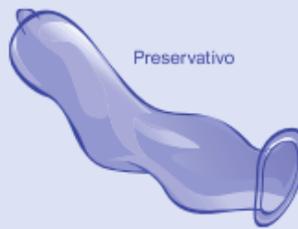
Injectable hormonal combinado

Relativamente seguros

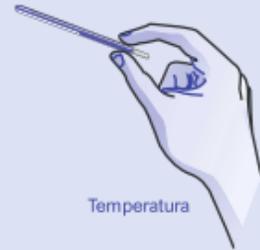
Diafragma



Preservativo



Temperatura

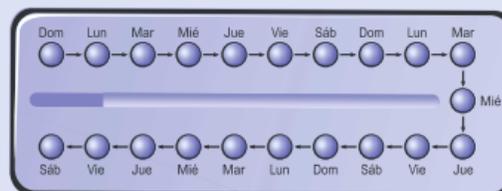


Poco seguros



INDICACIONES PARA EL USO DE ANTICONCEPTIVOS ORALES

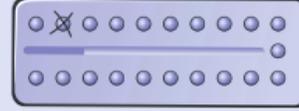
1. Iniciar la toma el primer día del ciclo / sangrado
2. Tomar las grageas siguiendo la dirección de las flechas hasta terminar con el contenido del envase.
3. Dejar una semana de descanso
4. Empezar con el siguiente envase (y todos los subsecuentes) el mismo día de la semana que empezó el primero.



Qué hacer ante el olvido de una o más grageas?

A. Olvidó ingerir una gragea y han pasado menos de 12 horas:

- ▶ Deberá tomar la gragea al momento de acordarse
- ▶ Continuar con la toma de las siguientes grageas en el horario habitual.



B. Olvidó una gragea y han pasado más de 12 horas del horario de la toma u olvidó de 2 o más grageas:

- ▶ Deberá continuar con las restantes (excepto las olvidadas) hasta terminar el blister.
- ▶ Usar otro método no hormonal (preservativo u óvulos) mientras se termina el ciclo en cuestión.

