

**UNIVERSIDAD LAICA ELOY ALFARO  
DE MANABI**

**FACULTAD DE ENFERMERIA**

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN  
PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE  
LICENCIADA EN ENFERMERÍA

**TEMA**

BENEFICIOS DEL CONTROL PRENATAL DE MADRES ADOLESCENTES  
ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD MANTA

**AUTORA:**

LUCAS BARCIA CINDY

Manta – Ecuador - 2016

## **CERTIFICACIÓN DEL TUTOR**

Lic. María Quijje, Docente de la Facultad de Enfermería de la Universidad Laica “Eloy Alfaro” de Manabí, en calidad de tutora del Trabajo de Titulación.

### **CERTIFICO:**

Que el presente **TRABAJO DE TITULACIÓN** cuyo tema es: “**BENEFICIOS DEL CONTROL PRENATAL DE MADRES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD MANTA, PERIODO 2015 -2016**”, ha sido exhaustivamente revisado en varias sesiones de trabajo, y se encuentra listo para su presentación y apto para su defensa.

Las opiniones y conceptos vertidos en este Trabajo de Titulación son frutos del trabajo, perseverancia y originalidad de su autora Lucas Barcia Cindy, siendo de su exclusiva responsabilidad.

---

Lic. María Quijje  
**TUTORA**



**UNIVERSIDAD LAICA “ELOY ALFARO” DE MANABÍ**

**FACULTAD DE ENFERMERÍA  
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA**

Los miembros del Tribunal Examinador aprueban el Trabajo de Titulación, sobre el tema: **BENEFICIOS DEL CONTROL PRENATAL DE MADRES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD MANTA, PERIODO 2015 -2016**”, elaborado por la egresada Lucas Barcia Cindy, previa a la obtención del título de licenciadas en Enfermería, de acuerdo al REGLAMENTO PARA LA ELABORACIÓN DEL TRABAJO DE TITULACIÓN DE TERCER NIVEL de la Universidad Laica “Eloy Alfaro” de Manabí.

---

**DECANO**

---

Lic. María Quijije.  
**TUTORA**

---

**MIEMBRO DEL TRIBUNAL**

---

**MIEMBRO DEL TRIBUNAL**

---

**SECRETARIA**

## **DEDICATORIA**

En este presente trabajo, que es fruto de mucho esfuerzo y sacrificio dedico a las siguientes personas que estuvieron siempre a mi lado.

A Dios por guiarme e iluminarme en el camino de mi vida, por permitirme levantarme después de cada tropiezo y cada logro obtenido en el transcurso de ella, es el eje principal y razón para seguir adelante.

A mis hijos, por ser el pilar fundamental en mi vida, que jamás hubiese podido conseguir hasta lo que ahora soy, tenacidad y lucha insaciable han hecho de ello gran ejemplo a seguir destacándome y la comprensión por el tiempo para prepararme y ser alguien en la vida por el bienestar de ellos mismos.

A mis padres creadores de mi vida que incentivaron mi esfuerzo, para lograr mis objetivos.

A mi familia que estuvieron en cada momento dándome fortaleza para continuar día a día.

Con afecto

**Cindy**

## **DECLARACIÓN DE AUTORÍA**

La responsabilidad de las opiniones, investigaciones, resultados, conclusiones y recomendaciones presentados en este Trabajo de Titulación, es exclusividad de sus autoras.

---

Cindy Lucas Barcia

**AUTORA**

## INDICE

<b>CERTIFICACIÓN DEL TUTOR</b>	<b>2</b>
<b>APROBACION</b>	<b>3</b>
<b>DEDICATORIA</b>	<b>4</b>
<b>DECLARACION DE AUTORIA</b>	<b>5</b>
<b>INDICE</b>	<b>6</b>
<b>TITULO DEL PROYECTO</b>	<b>9</b>
RESUMEN	10
JUSTIFICACION	11
INTRODUCCION	13
ANTECEDENTES	15
PROBLEMA CIENTÍFICO	16
PREGUNTAS DE INVESTIGACION	16
OBJETIVO	17
OBJETIVO GENERAL	17
OBJETIVOS ESPECIFICOS	17
MARCO TEORICO	18
ADOLESCENCIA	18
PUBERTAD	19
CAMBIOS	20
LA PUBERTAD EN LAS NIÑAS	20
EMBARAZO	21
ETAPAS DEL EMBARAZO	25
TIPOS DE EMBARAZO	28
EMBARAZO ECTOPICO	28
COMPLICACIONES FRECUENTES DURANTE EL EMBARAZO	30
EMBARAZO EN ADOLESCENTES	36
ESTADISTICAS DE LA ADOLESCENTES EMBARAZADAS EN ECUADOR	37

ESTADISTICA DE EMBARAZOS ADOLESCENTES EN MANABI-MANTA	38
LAS MUERTES MATERNAS	39
BENEFICIO DEL CONTROL PRENATAL DE MADRES ADOLESCENTES	39
MODELO DE ENFERMERIA DE DOROTEA OREM	41
PRIMER CONTROL	42
EXAMENES DE LABORATORIO	44
CONTROLES POSTERIORES	46
PROGRAMA DE CONTROL PRENATAL DEL MSP DEL ECUADOR	47
RECOMENDACIONES GENERALES DEL CONTROL PRENATAL NUTRIENTES OFERTADOS POR EL MSP A LAS EMBARAZADAS	48
SEÑALES DE PELIGRO	49
LAS MUERTES MATERNAS EN EL ECUADOR	50
DISEÑO METODOLÓGICO	53
DISEÑO DE LA INVESTIGACION	54
METODOS	54
TECNICAS	54
PROBLACION Y MUESTRA	54
PRESENTACIÓN DE LA INFORMACIÓN	56
CONCLUSIONES	73
RECOMENDACIONES	74
PROPUESTA	75
TITULO	75
INTRODUCCION	75
JUSTIFICACIÓN	75

OBJETIVOS	76
GENERAL	76
ESPECIFICOS	76
CRONOGRAMA	77
ANEXOS	78
BIBLIOGRAFIA	86

**Título del proyecto**

BENEFICIOS DEL CONTROL PRENATAL DE MADRES ADOLESCENTES  
ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD MANTA

## RESUMEN

Mediante la realización de este estudio se busca conocer si existe déficit de conocimientos por parte de las adolescentes embarazadas sobre los beneficios del control prenatal, donde el principal objetivo es evaluar su conocimiento mediante una encuesta con la finalidad de sugerir medidas de prevención.

La investigación se basó en el enfoque observacional, su accionar se dirige a recabar información de la fuente y someterla a un análisis estadístico, para determinar la esencia del fenómeno con el respaldo de su marco teórico para reforzar los resultados. Se obtuvieron datos e información de libros, manuales, revista e internet que constituyeron documentos de información primaria. Se exploró las condiciones que presenta el objeto de estudio para la realización de la investigación en el ámbito de abordaje, en el lugar definido, con sus unidades de observacional, como base para futuras investigaciones.

La muestra está conformada de un total de 25 madres adolescentes atendidas en el Centro de Salud Manta. Entre los factores principales que influyeron en la continuidad de los controles fueron: factores socio económico y demográfico, así como el acompañamiento de la pareja, así como la falta de capacitación.

Las conclusiones obtenidas fueron que las adolescentes embarazadas se mostraron colaboradoras en la participación de este estudio, es de alta importancia saber que estas usuarias no acuden al control por el simple hecho de que exista acompañamiento de la pareja pudiendo este no ser de gran relevancia.

No existe un plan de capacitación continua a las embarazadas, por lo cual se elabora una planificación para la unidad de salud y se sugiere que lo ejecuten con la finalidad de permitir realizar los correctivos necesarios.

## **JUSTIFICACIÓN**

La presente investigación es importante debido a que los controles prenatales, conviene a los intereses del diagnóstico de la situación actual, informar a la población sobre los beneficios que se puedan dar en el control prenatal frecuentemente se puede mejorar la calidad de vida, brindándole así al niño que viene en camino en un ambiente apto, tomando en cuenta las precauciones pertinentes para que pueda llegar a un buen término el embarazo.

Según (Cobos, L., 2013) Acerca de la utilización de servicios de Atención Prenatal, las publicaciones coinciden en señalar como principales determinantes del acceso a factores como edad, escolaridad, ocupación, estrato social, lugar de residencia, estado civil y acceso a la seguridad social.

De igual manera (Aguilar, MJ., 2013) La importancia del entorno psicosocial en relación con el proceso salud- enfermedad se ha documentado en distintos estudios epidemiológicos sobre diversos problemas de salud, asimismo para explicar esta asociación postulan que la situación psicosocial interviene como un factor condicionante inespecífico que facilita o inhibe la expresión de factores de riesgo específicos, teniendo un carácter protector cuando se evalúa como favorable o positiva, y representando un riesgo cuando se califica como desfavorable .

Este entorno psicosocial determina la conducta de las gestantes adolescentes frente a su salud y embarazo; la situación de riesgo está representado por aquellas situaciones familiares, laborales, económicas, sociales y culturales que demandan y exceden los recursos personales de los individuos, de tal modo que significan amenaza, daño o desafío; mediante el apoyo psicosocial o situación protectora, la persona obtiene satisfacción de sus necesidades de reconocimiento social, afectivas, de comunicación, de solidaridad y económicas .

Existe la factibilidad para realizar la investigación porque se cuenta con el apoyo de médicos, enfermeras, padres de familia y adolescentes, institución

investigada, además cuenta con el conocimiento suficiente y necesario de la investigadora que dispone de la bibliografía, para realizar este trabajo; el mismo que contribuye al cumplimiento de la visión y misión del Centro de Salud Manta.

Además este estudio es de interés público para todos los involucrados ya sean estos médicos , enfermeras , adolescentes y padres de familia siendo esto los últimos beneficiarios directos ya que los beneficios promoverá a las adolescentes se expresen abiertamente y le permitan llevar a cabo sus controles prenatales durante el embarazo .

## INTRODUCCIÓN

El embarazo en adolescentes es un problema de salud pública a nivel mundial ya que en la mayoría de los casos afecta negativamente la salud de la madre y del recién nacido, y adicionalmente puede ocasionar alteraciones en la calidad de vida no solo de ellos, sino también de la familia y por lo tanto de la sociedad. Una de las principales complicaciones de riesgo de morbilidad perinatal es por la inasistencia a las consultas prenatales lo que puede desencadenar riesgos durante el embarazo o incluso una muerte fetal después del nacimiento, como lo demuestran las estadísticas mundiales que “de cada 100 adolescentes el 80% ya son madres a temprana edad.” (UNICEF, 2010)

De acuerdo a estadísticas internacionales, se calcula que en el año 2012, hay 1,3 millones de adolescentes, 91 fallecieron en su mayoría por causas prevenibles o tratables. Por lo expuesto anteriormente es que se plantea el tema incluyendo inicialmente quién es y las características del adolescente, las repercusiones que tiene el embarazo en la adolescencia a nivel: emocional, físico, sociocultural y económico, y las intervenciones frente al cuidado de enfermería, orientadas a la prevención del embarazo y a la disminución de complicaciones que se pueden presentar en la joven madre y su hijo.

A partir de estudio diagnóstico efectuado en el centro de salud en Manta, de la provincia de Manabí, Ecuador; en el cual se aplicaron los métodos de encuesta, entrevista y revisión documental, se detectaron un grupo de limitaciones, que de forma directa o indirecta son causales de afectaciones en el nivel de vida y la salud de la población adolescente y las familias; a raíz de:

- Inasistencia de adolescentes embarazadas a las consultas prenatales,
- Bajo nivel de conocimiento de las pacientes y la familia entorno a las complicaciones y consecuencias de la salud de la embarazada en periodo de gestación y durante el parto,
- Insuficiente promoción de actividades educativas acerca del embarazo en edad de adolescencia, el control prenatal, la higiene alimentaria, la salud mental y física de la embarazada, riesgos y cuidados, entre otros temas de interés.

Durante todo el proceso de investigación se establece como problemática principal el déficit de conocimiento del control pre natal por parte de las adolescentes embarazadas que se atienden en el Centro de Salud Manta, debido a factores socio económico y demográfico, el acompañamiento de la pareja, así como la falta de capacitación. lo cual las pone en embarazo de riesgo por las consecuencias que se pueden manifestar debido a esta circunstancia.

El control prenatal se considera como la piedra angular que permita evitar y controlar la morbilidad y los causales de la muerte materna fundamentándose en la detección y prevención oportuna de los problemas de salud, siendo la evaluación de su efectividad complicada por la presencia de factores de riesgo

Por medio de los servicios, la atención prenatal permite informar a la embarazada acerca de las medidas para evitar este tipo de riesgo. Así mismo contamos en la actualidad con una serie de pruebas diagnósticas directas o de posibilidad (de Tamiz) que permite el diagnóstico prenatal de una gran cantidad de padecimiento del producto.

## **ANTECEDENTES**

Como antecedente del presente proyecto se pueden encontrar diversos estudios realizados que pueden ser utilizados como información en la misma. Así por ejemplo se tiene la tesis titulada: Factores de riesgo asociados al incumplimiento del control prenatal en gestantes adolescentes que acuden al Centro de Salud "Carlos Elizalde". Cuenca, 2015 de las autoras: GLORIA Alexandra Acero Gualpa, Diana Noemi Andrade Narváez, Luisa Maricela Chalco Viñanzaca, de la Universidad de Cuenca quienes luego del proceso investigativo, se puede resaltar la siguiente conclusión: Se concluye que el embarazo en adolescentes es una problemática dentro de la sociedad que mayoritariamente se presenta dentro de la adolescencia media, como consecuencia de la falta de comunicación con sus padres sobre el tema de la sexualidad, las condiciones socioculturales que incitan a un inicio temprano de relaciones sexuales, sin tener la responsabilidad que esto amerita. Cabe indicar la inseguridad en si misma por cruzar esta etapa de su vida, por la falta de protección de sus padres, para de esta manera tener afecto por parte de ellos.

De igual manera existe en la Universidad de Guayaquil (2013) la tesis titulada: Incidencia del embarazo en la adolescencia en mujeres de 12 a 18 años en maternidad Mariana de Jesús" de septiembre 2012 a febrero del 2013 de la autora: Viviana Jacqueline Rodríguez Aquino quien entre las conclusiones relevantes se puede establecer: En cuanto al rango de edad el mayor porcentaje de adolescentes embarazadas se presentó en pacientes de 15 a 17 años de edad con el 56%, mientras que en el rango de 18 años fue de 34%, y el menor porcentaje lo presento las pacientes de 12 a 14 años con el 10%; En cuanto a la mayor complicación materna presentada en adolescentes embarazadas, fue amenaza de aborto 40%, seguido de parto prematuro 34%, y pre eclampsia 26 %

## **PROBLEMA CIENTIFICO**

El control prenatal se considera como la piedra angular que permita evitar y controlar la morbilidad y los causales de la muerte materna fundamentándose en la detección y prevención oportuna de los problemas de salud, siendo la evaluación de su efectividad complicada por la presencia de factores de riesgo. Por esta razón se realiza el siguiente planteamiento

¿Existe déficit de conocimientos por parte de las madres adolescentes sobre los beneficios del control prenatal por falta de interés y por déficit de promoción de los programas del MSP?

**Objeto:** Control pre natal

**Campo:** Madre adolescentes embarazadas

### **Preguntas de investigación**

- ¿Cuáles son los aspectos teóricos que respaldan el control prenatal en madres adolescentes?
- ¿Cuál es el nivel de conocimiento de las adolescentes embarazadas sobre los beneficios del control prenatal?
- ¿Cuáles son los factores que inciden en las adolescentes para no asistir con frecuencia al control?
- ¿Se ha socializado con las adolescentes embarazadas la importancia de los beneficios que obtienen con el control prenatal y los riesgos al no asistir a las consultas?
- ¿Se brinda educación continua a las adolescentes embarazadas acerca de los beneficios de control prenatal?

## **OBJETIVO**

### **OBJETIVO GENERAL**

Evaluar el conocimiento sobre los beneficios del control prenatal en las adolescentes embarazadas atendidas en el Centro de Salud Manta a través de encuesta directa para sugerir y proponer alternativas de solución como un plan de capacitación

### **OBJETIVO ESPECIFICOS**

- Revisar aspectos teóricos que respaldan el control prenatal en adolescentes embarazadas.
- Aplicar encuesta a las adolescentes embarazadas.
- Analizar los factores que inciden en la no asistencia a control prenatal de las adolescentes embarazadas.
- Socializar la importancia de los beneficios para las madres que se realizan el control prenatal y riesgos para las madres que no llevan un control prenatal frecuente en el Centro de Salud Manta.
- Proponer un plan de educación continua a los directivos de salud que ayuden a aumentar los controles pre natales.

## MARCO TEORICO

### CAPÍTULO I

#### **Adolescencia**

La gestación es un proceso natural, se considera un suceso biopsicosocial muy importante que implica nuevas responsabilidades y algunos cambios tanto físicos como emocionales para la futura madre. En muchas ocasiones, esta etapa puede exponer significativamente la vida del binomio madre-hijo, provocando complicaciones tales como: “la descompensación de la Hipertensión Arterial Crónica con el consiguiente daño para el feto, la pre-eclampsia añadida o no a la hipertensión, la diabetes gestacional, el Crecimiento Intrauterino Retardado (CIUR), los problemas trombo embólicos, parto pre término y abortos” , anemia, infecciones de las vías urinarias, infecciones de transmisión sexual-incluyendo el VIH/SIDA- y virus del papiloma humano, acentuándose evidentemente en la etapa de la adolescencia.

La Organización Mundial de la Salud, define adolescencia como “el período de la vida en el cual el individuo adquiere madurez reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y establece su independencia socioeconómica” (Risueño, A., 2012) , este período es comprendido entre los 10 y 19 años de edad y representan el 20 por ciento de la población de América Latina y el Caribe. Los adolescentes conforman un grupo poblacional que se caracteriza por profundos cambios a nivel biológico, psicológico y social, influenciados por el ambiente cultural, social, político y económico en el que vive, y dada su naturaleza y su proceso de maduración se exponen a diversos estímulos que influyen sobre su salud de manera definitiva: “esta etapa resulta fundamental para forjar los estilos de vida y conductas de riesgo” (León, P y otros, 2011) que luego posiblemente en la vida adulta se manifestarán.

Los cambios a nivel biológico se manifiestan con el crecimiento físico, el aumento de peso y la evidencia de las características sexuales secundarias, como el crecimiento del vello púbico y axilar en ambos sexos, vello facial en los hombres con aumento de tamaño y fuerza en los músculos de la laringe, permitiendo un tono de voz más grave. En las mujeres se hace evidente el crecimiento de los senos y el ensanchamiento de las caderas. Los cambios a

nivel fisiológico, pueden generar desórdenes funcionales del sistema nervioso que provocan agotamiento físico e intelectual, irritabilidad, hipersensibilidad, trastornos del sueño, entre otras.

Estos cambios varían tanto en hombres como mujeres, pero definitivamente la espermarquia y la menarquia marcan el comienzo de la capacidad reproductiva expresándose una mayor conciencia de los sentimientos sexuales, del erotismo y de la atracción sexual, donde las relaciones suelen ser inestables por la necesidad de explorar el cuerpo del “otro”.

La salud sexual en esta etapa, incluye la habilidad de aceptar su cuerpo y los cambios que vienen en él, se experimentan pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, prácticas, etc., el éxito de esta aceptación depende en gran parte de que los padres o cuidadores los hayan preparado para el camino de la pubertad. De igual forma, la necesidad de aprobación dentro del grupo de iguales, resulta esencial para su bienestar emocional y es importante para la definición de su identidad y autoestima, pues tienden a desarrollar un fuerte lazo con su grupo de padres.

Con frecuencia, algunos adolescentes buscan en sus padres el refuerzo de conductas y creencias, las cuales adoptan a la de ellos, la dificultad se presenta cuando estas conductas son negativas o de riesgo, como el consumo de tabaco, alcohol y drogas alucinógenas que podrían afectar la salud mental y física del adolescente. Por esta razón, los padres, profesores y demás adultos, pueden ayudar a los adolescentes a manejar la presión de sus padres, a través de un papel más activo en la comunicación, comprensión y participación de los jóvenes en su red social.

## **PUBERTAD**

Es el periodo de transición entre la infancia y la edad adulta, donde tienen lugar importantes cambios físicos, funcionales, psicológicos y relacionales. Se caracteriza por la aparición y desarrollo de los caracteres sexuales secundarios, la finalización del crecimiento somático, la adquisición de la capacidad reproductora y el logro de la talla final.

## **CAMBIOS**

La pubertad se compone de una secuencia clara de etapas, que afectan a los sistemas corporales esqueléticos, musculares, reproductivos y casi todos los demás. Aunque los niños y las niñas son generalmente de la misma estatura durante la infancia media, esto cambia con el inicio de la pubertad. Particularmente en la secundaria, las niñas suelen ser más altas que sus compañeros masculinos, pero en un año o dos, los muchachos las alcanzan y generalmente sobre pasan a sus compañeras femeninas. Alrededor del 25% de crecimiento humano en lo que se refiere a la estatura ocurre en la pubertad.

Alguna veces, los niños comienzan la pubertad o muy temprano o muy tarde. No hay necesidad de reaccionar con exageración ante este hecho. Aun así, las niñas deberán ser examinadas por su médico si empiezan los cambios puberales antes de la edad de 8 años, mientras que los niños deberán ser examinados si entran en la pubertad antes de los 9 años.

## **LA PUBERTAD EN LAS NIÑAS**

### **Desarrollo de los senos (Telarquía)**

La primera señal visible de la pubertad en las niñas es un endurecimiento debajo de uno o ambos pezones del tamaño de una pequeña moneda. Los brotes del pecho, como se denominan, ocurren típicamente alrededor de los 9 o 10 años, aunque pueden ocurrir mucho antes o un poco más tarde.

Independientemente de la edad de una niña, sus padres con frecuencia no están preparados para la llegada del brote de los senos y pueden preocuparse porque al inicio de la pubertad, el brote aparece en un seno antes que el otro. La niña se puede preocupar de que algo ande mal, especialmente porque el endurecimiento del tejido puede ser sensible y doloroso e incómodo para dormir en su estómago.

### **Vello púbico (Pubarquía)**

Para la mayoría de las niñas, el segundo signo de la pubertad es la aparición de vello en el área púbica. (Aproximadamente 10 a 15% desarrollará vello púbico antes de los senos comienzan a brotar). Al principio el pelo es escaso,

liso y suave, pero cuando empieza a abundar se vuelve más oscuro, rizado y grueso. En los próximos años, el vello púbico crece en la parte baja del abdomen, y finalmente asume una forma triangular; y se extiende al interior de los muslos. Dos años después del inicio de la pubertad, el pelo comienza también a crecer debajo de los brazos.

### **Cambios de la forma del cuerpo**

Las preadolescentes pueden acumular grasa adicional en el área abdominal; este desarrollo puede causar gran ansiedad en estas niñas. El aumento de peso de la pubertad llega en el momento cuando las niñas pueden estar aspirando a ser como los modelos que quieren seguir—las súper delgadas modelos, cantantes y actrices. Las niñas y sus padres se les pueden asegurar de que su cuerpo pronto redistribuirá la grasa de la cintura y el estómago a los senos y a las caderas.

### **Menstruación (Menarquia)**

Las niñas con frecuencia tienen muchas ideas falsas y temores infundados acerca de la menstruación. La época para comenzar a hablar de este tema con su hija es cuando los senos se le comienzan a desarrollar. Normalmente, pasa de un año y medio a 3 años antes de que ocurra el primer período menstrual o menarquia.

Aunque es imposible señalar el día, la mayoría de las niñas alcanzan menarquia a la misma edad que lo hicieron sus madres y hermanas mayores.

### **EMBARAZO**

La embarazada presenta una serie de síntomas y hallazgos físicos característicos. Parece que muchos cambios del embarazo son el resultado directo de las hormonas de la unidad feto-placentaria.

Las mamas experimentan un marcado aumento en el transcurso de la gestación, este momento, asociado con algunas molestias de tipo doloroso inclusive pueden ser uno de los signos tempranos de embarazo, El crecimiento de las mamas es debido a un aumento de la cantidad de tejido ductal, así como a un

aumento del depósito de grasa. Una sustancia clara, el calostro, puede ser excretada por las mamas tempranamente en el embarazo. El tejido mamario no produce leche hasta el segundo o tercer día después del parto. Los cambios en la pigmentación, ocurren precozmente en la areola. También en esta zona hay múltiples papilas pequeñas.

Los genitales externos se encuentran edematizados y sufren un aumento en su vascularización. La vagina se hace más edematosa y flexible. El epitelio escamoso plano de la vagina aumenta en espesor y cornificación y la vascularización por debajo de las membranas mucosas está muy aumentada. El color, ordinariamente rosa se hace más oscuro en el embarazo precoz, y a término es casi púrpura. Esta congestión puede terminar en vaginitis, que raramente puede curarse hasta después de que pase el embarazo. (Jimenez, J., 2009)

Las dos partes del útero, el cuerpo y el cérvix, reaccionan de manera diferente ante el embarazo. El cérvix constituido fundamentalmente por tejido conectivo, mientras el cuerpo lo es por tejido muscular. El cuerpo experimenta un crecimiento y está sujeto a una gran distensión, mientras que el cérvix, aunque un poco reblandecido, se mantiene, con una relativa firmeza, con un anillo fibroso más o menos cerrado hasta el término de gestación. Así pues la función del cuerpo consiste en contener el producto de la concepción y el cérvix mantenerlo en su sitio.

El útero sufre un incremento de volumen, que es debido casi enteramente a la proliferación del miometrio. En la gestación en el primer trimestre se produce una hiperplasia de las células musculares. En las etapas posteriores el crecimiento uterino se produce a expensas de una hipertrofia de las células miometriales.

El crecimiento uterino es el resultado de dos factores principales, los efectos hormonales que sólo son operativos hasta la 12-14 semana de gestación, la distensión y consecuentemente el estiramiento, que comienza alrededor del cuarto mes de gestación. La proliferación de nuevos fascículos musculares se debe a la influencia de los estrógenos, La proliferación de nuevas fibras se

interrumpe con el aumento de los niveles de progesterona. El crecimiento posterior es esencialmente una respuesta hipertrófica a la distensión y es intensificado por la progesterona.

Las trompas se encuentran hiperémicas y edematizados, cambian su localización por el crecimiento uterino. Los cambios ováricos comienzan con las alteraciones que sufre el folículo de Graf para formar el cuerpo lúteo. Tan pronto como el sincitiotrofoblasto penetra en la sangre venosa materna, la secreción de gonadotropina coriónica en el torrente sanguíneo materno se hace posible. Esta hormona reemplaza inmediatamente a la gonadotropina hipofisaria, y actúa manteniendo el cuerpo que se conoce como cuerpo lúteo del embarazo.

Hacia el octavo día comienzan los cambios regresivos, ya que en ese momento no basta que el trofoblasto esté en contacto con el tejido materno para producir suficiente gonadotropina coriónica para los cambios. Sin embargo, hacia el 12 día, la secreción por el trofoblasto en el torrente sanguíneo es suficiente para mantener dicha regresión.

A nivel sistémico el embarazo también produce cambios. En el sistema nervioso central se manifiestan como emocionales, en el carácter. Durante el primer trimestre, la paciente experimenta fácil fatigabilidad y tiene necesidad de permanecer mucho tiempo durmiendo. La causa es desconocida, pero se postula que es el incremento de los niveles de progesterona en el embarazo. (Jimenez, J., 2009)

Otro síntoma común en el primer trimestre son las náuseas con vómitos ocasionales. Esto probablemente es también de origen central y se relaciona con el nivel aumentado de estrógenos en el embarazo precoz. Durante el segundo trimestre, la paciente experimenta frecuentemente un período de euforia y extremo bienestar, la causa de este estado emocional se desconoce. En el tercer trimestre hay de nuevo algunos elementos de fatiga crónica y depresión. La causa es quizás simplemente que la paciente se está aproximando al final de un período de nueve meses de stress.

La secuencia de somnolencia del primer trimestre, la euforia del segundo y la ligera depresión del tercero no son universales. Una mujer puede pasar el embarazo con pocos o ninguno de estas reacciones aparentemente emocionales. Los disturbios emocionales y psiquiátricos severos que pueden ocurrir en el embarazo, se pensó, en otros tiempos, que eran debidos al embarazo per se; sin embargo, investigaciones recientes han demostrado que en todas las mujeres así afectas hay un fondo de disturbio emocional y que el embarazo actúa simplemente como un desencadenante.

La coordinación física puede estar deteriorada, aun antes de que el volumen uterino sea suficiente para constituir un impedimento mecánico. Las respuestas neuromuscular y refleja están obviamente implicadas, pero el mecanismo es oscuro. La elevación gradual del diafragma es el cambio más manifiesto del sistema respiratorio, aunque se acompaña de un ensanchamiento compensador de las costillas, así no hay déficit significativo del volumen intratorácico.

La frecuencia respiratoria permanece constante a lo largo del embarazo, el volumen de ventilación pulmonar se incrementa gradualmente a lo largo del embarazo, hasta que a término es 30-40 % sobre los niveles basales. Con el avance de la gestación hay un descenso gradual del volumen respiratorio de reserva que puede alcanzar un 20 % de descenso máximo a término. Hay un descenso similar en el volumen residual.

La capacidad vital media, así como la máxima capacidad inspiratoria permanecen sin cambios a lo largo del embarazo. El volumen de ventilación pulmonar respiratorio asociado con frecuencia respiratoria normal se traduce en un aumento del volumen minuto respiratorio, aproximadamente un 26% más. El corazón sufre un aumento de su volumen aproximadamente 10- 12 %, este puede ser debido a un incremento en el volumen de llenado y a una hipertrofia del músculo cardíaco. Los soplos sistólicos son frecuentes en el embarazo, probablemente por los cambios dinámicos circulatorios y por la posición del corazón en el embarazo avanzado.

La frecuencia cardiaca aumenta durante el embarazo, alcanzando un máximo entre 13-23 semanas de gestación. Los cambios en la presión sanguínea durante el embarazo son pequeños en mujeres normo tensas, pero generalmente se produce un pequeño descenso. Ambos valores tienden a elevarse hacia niveles de pre embarazo cuando se aproxima al término, Las mujeres con hipertensión esencial pueden mostrar un descenso significativo en ambas presiones, sistólico y diastólico, durante los dos primeros trimestres, y retornan al estado hipertensivo durante el tercer trimestre. (Jimenez, J., 2009)

El volumen sistólico aumenta al máximo alrededor del 30% entre la 13 y 23 semanas de gestación. Desde la 19 semana de gestación al término, algunos autores refieren que el volumen sistólico permanece relativamente constante; otros, refieren que decrece progresivamente, alcanzando niveles normales a término. El gasto cardiaco comienza a incrementarse en el primer trimestre alcanzando el punto máximo entre la 28-30 semana de gestación, descendiendo paulatinamente hasta el término del embarazo. La causa de este incremento no se conoce bien.

En la circulación sistémica se produce una dilatación vascular periférica generalizada, que da como resultado un incremento del flujo sanguíneo periférico. Esta subida es especialmente intensa en el último trimestre, y se debe al descenso de la resistencia en las arterias y arteriolas pre capilares; dado que parece no estar aumentada la filtración capilar durante el embarazo. (Ramirez, J., 2011)

## **ETAPAS DEL EMBARAZO**

Primer trimestre (Semana 1 a Semana 12)

Segundo trimestre (Semana 13 a Semana 28)

Tercer trimestre (Semana 29 a Semana 40)

El bebé en desarrollo

Más información sobre etapas del embarazo

El embarazo dura aproximadamente 40 semanas, a partir del primer día de su último período normal. Las semanas se dividen en tres trimestres. Sepa qué les pasa a usted y a su bebé durante estas tres etapas.

### **Primer trimestre (Semana 1 a Semana 12)**

Durante el primer trimestre su cuerpo experimenta muchos cambios. Los cambios hormonales afectan a casi todos los órganos del cuerpo. Estos cambios pueden desencadenar síntomas, incluso durante las primeras semanas de embarazo.

Otros cambios posibles son:

- Cansancio extremo
- Hinchazón y sensibilidad de los senos, también es posible que tenga los pezones prominentes
- Dolor de estómago, con o sin vómitos (náuseas matutinas)
- Antojos o rechazo por ciertos alimentos
- Cambios de humor
- Estreñimiento (dificultad para tener movimientos intestinales)
- Necesidad de orinar más a menudo
- Dolor de cabeza
- Acidez
- Pérdida o aumento de peso.

### **Segundo trimestre (Semana 13 a Semana 28)**

Ahora se producen otros cambios nuevos y más notorios en el cuerpo. El abdomen aumentará a medida que el bebé siga creciendo. Y antes de que termine este trimestre, se podrán sentir los movimientos del bebé.

Durante este trimestre se pueden presentar los siguientes síntomas:

- Dolores corporales, como dolor de espalda, de abdomen, en la ingle o en los muslos
- Estrías en el abdomen, pechos, muslos o nalgas
- Oscurecimiento de la piel alrededor de los pezones
- Una línea en la piel, entre el ombligo y el nacimiento del vello púbico
- Parches de piel más oscura, generalmente sobre las mejillas, la frente, la nariz o el labio superior. Los parches a menudo son iguales en ambos lados de la cara. Esto a veces se denomina la máscara del embarazo.

- Adormecimiento u hormigueo en las manos, llamado síndrome del túnel carpiano.
- Picazón en el abdomen, las palmas de las manos y las plantas de los pies. (Llame a su médico si tiene náuseas, pérdida de apetito, vómitos, ictericia o fatiga combinada con picazón. Esos pueden ser señales de un problema hepático grave.)
- Hinchazón de los tobillos, los dedos y la cara. (Si observa hinchazón repentina o extrema, o si aumenta mucho de peso muy rápidamente, llame a su médico inmediatamente. Eso podría ser una señal de pre eclampsia.)

### **Tercer trimestre (Semana 29 a Semana 40)**

Muchas mujeres tienen dificultades para respirar y notan que tienen que ir al baño incluso con más frecuencia. Esto se debe a que el bebé está creciendo y ejerce más presión sobre sus órganos.

Algunos cambios nuevos en el cuerpo que quizás note durante el tercer trimestre son:

- Falta de aire
- Acidez
- Hinchazón de los tobillos, los dedos y la cara. (Si observa hinchazón repentina o extrema, o si aumenta mucho de peso muy rápidamente, llame a su médico inmediatamente. Eso podría ser una señal de pre eclampsia).
- Hemorroides
- Senos sensibles, que pueden dejar escapar una sustancia acuosa que se elimina antes de producirse la leche, llamada calostro
- El ombligo puede protruir hacia afuera
- Problemas para dormir
- El bebé "cae" o se mueve hacia la parte baja del abdomen
- Contracciones, que pueden ser una señal del trabajo de parto verdadera o falsa
- A medida que se acerca a la fecha de parto, el cuello uterino se vuelve más blando y delgado (lo que se denomina ablandamiento). Este es un

proceso normal y natural que ayuda al canal del parto (vagina) a abrirse durante el proceso de parto.

## **TIPOS DE EMBARAZO**

### **Embarazo de bajo riesgo:**

Embarazo de bajo riesgo son los embarazos controlados, los que se desarrollan las mujeres entre los 19 y 35 años de edad y estas son mujeres sin problema de salud.

### **Embarazo de alto riesgo:**

Son los embarazos no controlados los que desarrollan en mujeres en edad menores de 18 años o superior a los 35 años y también las mujeres que han experimentado algún problema o patología durante el embarazo, incluyendo la pobreza, nutrición, poco acceso a recursos, analfabetismo, 1 de cada 73 mujeres mueren a América Latina con el embarazo y parto. Ejemplo: Toxemia, hemorragia, infección y complicaciones de aborto, 1 de cada 5 embarazos sufren complicaciones, que resultan en incapacidad física, y psicológica. Ya que la falta de educación, y factores culturales influyen en que la mujer y su familia no sean capaces de reconocer factores de riesgo, o tarden o se nieguen a recibir atención.

Entre el 7 y el 23 % de las muertes maternas son consecuencias de abortos produce costos humanos y económicos. Refleja la alta incidencia de embarazos no deseados, la deficiencia o falta de educación sexual, desconocimiento de métodos anticonceptivos y planificación familiar. Más del 28 % de nacimientos son en mujeres de en edades de alto riesgo. Las adolescentes tienen mayor probabilidad que las mujeres de más edad de padecer complicaciones en el embarazo y el parto.

### **EMBARAZO ECTÓPICO:**

De cada 50 embarazos hay un ectópico, esto significa fuera del lugar, en los embarazos ectópicos el óvulo fertilizado se implanta fuera del útero, por lo general en una de las trompas de Falopio y comienza a crecer allí. Raras veces

los embarazos ectópicos se implantan en el abdomen de la mujer fuera del útero, en un ovario o en el cuello uterino.

#### **Embarazo útero abdominal:**

Embarazo gemelar, un feto se desarrolla en el útero y otro en el abdomen.

#### **Embarazo tubárico ampular:**

Tipo de embarazo tubarico, la implantación se desarrolla en la ampolla de una de las trompas de Falopio, también el embarazo tubarico.

#### **Embarazo tubárico fimbrial:**

Embarazo tubárico caracterizado, implantación se realiza en el extremo distal fimbriado de una de las trompas.

#### **Embarazo gemelar:**

El embarazo gemelar, es generalmente la formación de dos fetos los embarazos múltiples pueden ocurrir, principalmente en el momento del parto, ponen a la mujer bajo cualquier tipo de riesgo, hoy en día es posible hablar de embarazo gemelar en una de cada 80 fertilizaciones. Los cambios de los primeros meses en el embarazo gemelar son el gran crecimiento del útero que, debido a su peso, causa generalmente deseo de tintinear y a veces las dificultades al respirar.

Generalmente la diferencia de los síntomas y malestar no es muy diferente de ningún otro embarazo aunque, lógicamente, la sensación de la lentitud se empeora cuando es gemelos.

#### **Embarazo molar o mola hidatiforme**

La placenta crece de forma anormal durante los primeros meses y se convierte en una masa de quistes (llamada mole hidatidiforme) que se asemeja a un racimo de uvas blancas. El embrión no se forma en absoluto o se forma mal y no puede sobrevivir, aproximadamente hay uno en 1500 mujeres embarazadas, en las mujeres de más de 40 años o las que han tenido embarazo molar anterior tienen un riesgo mayor de embarazo molar. Existen 2 tipos de embarazo molar: completo o parcial.

En una Mole completa, no hay embrión ni tejido placentario normal, con una mole parcial, puede haber una placenta normal y embrión que es anormal, se empieza a desarrollar. Ambos tipos de embarazo molar se origina de un óvulo fertilizado anormalmente, en una mole completa, todos los cromosomas del óvulo fertilizado (estructuras diminutas con forma de filamento en células donde se encuentran los genes proceden mitad de la madre y mitad del padre.).

## **COMPLICACIONES FRECUENTES DURANTE EL EMBARAZO**

### **Desprendimiento de la placenta**

Antes de que el bebé nazca, la placenta se puede despegar de la pared del útero como consecuencia de una hemorragia en la zona. Los síntomas son un fuerte dolor en el abdomen acompañado, a veces, por una hemorragia oscura a través de la vagina.

Se asocia a pre eclampsia (hipertensión arterial en algunas embarazadas) y suele ocurrir en el tercer trimestre. Puede llegar a ser grave, ya que la parte de placenta desprendida deja de aportar oxígeno al bebé, así que, una vez diagnosticado el problema, debería hacerse una cesárea urgentemente.

### **Pre eclampsia**

La Pre eclampsia es la hipertensión arterial provocada por el embarazo. Se da porque la placenta crea sustancias que contribuyen a obstruir las arterias. Algunas señales de pre eclampsia son: presión sanguínea elevada, hinchazón que no desaparece y una cantidad excesiva de proteínas en la orina.

Tener la tensión alta no significa necesariamente sufrir pre eclampsia. Tu médico la controlará en cada consulta y sólo cuando haya una descompensación preocupante podríamos hablar de esta enfermedad.

En la mamá puede provocar crisis hipertensivas, insuficiencia hepática o renal, alteraciones de la coagulación y hasta cuadros convulsivos o comatosos

llamados eclampsia. En el bebé puede producir una disminución de su crecimiento u otras complicaciones como el desprendimiento placentario.

### **Eclampsia**

La eclampsia está motivada por la hipertensión durante el embarazo y es la fase grave del pre eclampsia. Se caracteriza por la presencia de convulsiones y estados de coma, que son los síntomas que la diferencian la eclampsia de la pre eclampsia.

Generalmente, suele aparecer en el último trimestre del embarazo, durante primeras 24 horas desde el comienzo del parto o durante el desarrollo del mismo. Aunque sólo el 5 por ciento de los casos de pre eclampsia evolucionan a eclampsia, cuando no está controlada es una causa importante de muerte materna.

Consiste en el agravamiento de la hipertensión arterial del embarazo, cuando afecta la vascularización cerebral. En este punto, la paciente sufre convulsiones y la enfermedad deriva en una eclampsia, que es una complicación muy grave para la vida de la madre y del feto. Actualmente, es poco habitual llegar a esta fase de la enfermedad, gracias a que los controles prenatales que se realizan la mayoría de las embarazadas pueden detectarla en sus inicios. Su aparición provoca espasmos en los vasos sanguíneos del útero, cortando el riego sanguíneo al feto y, por lo tanto, ocasionando una falta de oxígeno que puede dar lugar a sufrimiento fetal. En este caso extremo, también la madre corre peligro, debido a una posible complicación renal y a una disminución de oxígeno en el cerebro.

Todavía no han descubierto las causas que desencadenan la eclampsia, pero hay ciertos factores que influyen en la enfermedad como los antecedentes genéticos, la dieta, la morfología de los vasos sanguíneos y ciertos factores neurológicos.

La eclampsia incrementa el riesgo de desprendimiento prematuro de la placenta y la enfermedad puede dar lugar a un parto prematuro. La mortalidad

materna en la eclampsia es gira en torno a un 10-15 por ciento, aunque la mayoría de las pacientes mejoran notablemente en las siguientes 24 a 48 horas tras iniciar el tratamiento adecuado. Suele ser necesario interrumpir el embarazo tempranamente y practicar una cesárea.

### **Placenta previa**

Ocurre cuando la placenta se sitúa por sí sola delante de la cabeza del bebé y tapa el orificio del cuello del útero. Esta situación es frecuente hasta las 20 semanas de embarazo. Sin embargo, si hacia la fecha del parto, la placenta continúa ubicada en este lugar, el parto vaginal se hace imposible y hay que recurrir a la cesárea. Puede aparecer sangrado, que a veces es normal. Pero si la hemorragia es abundante, debe tratarse de forma inmediata.

### **Rotura prematura de bolsa**

La 'rotura de la bolsa' consiste en la pérdida de líquido amniótico por los genitales sin estar de parto. Cuando la bolsa se rompe, los gérmenes que están en el cuello del útero y la vagina pueden invadir el líquido amniótico y pueden provocar una infección en el bebé. Si crees que la bolsa se ha roto debes acudir inmediatamente a un especialista. Un examen vaginal te lo confirmará o te lo desmentirá. Muchas veces, la salida de líquido a través de la vagina es simplemente incontinencia o abundante flujo vaginal. (Ramirez, J., 2011)

Si la rotura se produce antes de la semana 32, tu médico intentará prolongar unas semanas el embarazo porque el riesgo de prematurez es mayor que el de infección fetal. Te recomendará reposo, y probablemente te recete una medicación para acelerar la maduración de los pulmones del bebé y antibióticos. Además, te hará una serie de pruebas para diagnosticar signos de infección. Si se confirma la presencia de alguna infección, te provocarán el parto con el fin de evitar mayores riesgos para el bebé. Sólo ocurre en un 2% de embarazos.

### **Erupciones cutáneas**

Las más comunes son el herpes gestacional y la urticaria.

El término herpes es confuso, porque el problema no está causado por un herpes virus ni por ningún otro virus. Se cree que la causa del herpes gestacional son ciertos anticuerpos anormales que reaccionan contra los tejidos del propio cuerpo. Este herpes está formado por ampollas llenas de líquido y provoca un intenso picor.

Con la urticaria, aparecen manchas, casi siempre en el abdomen, rojas, irregulares, planas o ligeramente abultadas que producen un intenso picor en el abdomen. A veces tienen diminutas ampollas también. Para tratar los dos tipos de erupción están los corticoides, que se aplican con una crema o se administran por vía oral en los casos más graves.

### **Vómitos excesivos (hiperemesis gravídica)**

El exceso de vómitos durante el embarazo, a diferencia de las habituales náuseas matutinas, es la presencia de vómitos extremadamente graves que causan deshidratación e inanición. Se desconoce la causa de los vómitos, pero los factores psicológicos pueden influir mucho. Cuidado porque la deshidratación puede provocar una hemorragia en la retina de los ojos, peligrosas alteraciones en la sangre o lesiones en el hígado.

Si tus vómitos son exagerados, debes ser hospitalizada. Te subministrarán líquidos de glucosa o vitaminas por vía intravenosa. Y te impedirán comer y beber al menos en 24 horas. Si los necesitas, te proporcionarán fármacos contra las náuseas y sedantes. Cuando se supera la deshidratación, se puede empezar a comer poco a poco.

### **Infecciones respiratorias virales (contagiosas)**

Son enfermedades contagiosas que pueden afectar a la respiración y causar otros síntomas. Las más comunes en el embarazo son gripe, resfriado, varicela, eritema infeccioso, citomegalovirus (CMV) y la rubéola (también llamada sarampión alemán).

## **Anemia**

La anemia es una disminución de la concentración de hemoglobina en la sangre. Los síntomas en la mamá pueden ser cansancio, falta de aire y falta de energía. El bebé no se verá afectado por esto. La causa más común es el déficit alimentario. Hay que comer más. Te recomendarán comidas ricas en hierro, zumos de cítricos y a veces comprimidos con hierro y ácido fólico. Si el nivel de hemoglobina desciende de forma alarmante, será necesaria una transfusión de sangre.

## **Embarazo ectópico**

Ocurre cuando el feto se desarrolla fuera del útero, ya sea en la trompa de Falopio, en el canal cervical o en la cavidad pélvica o abdominal. Un embarazo ectópico constituye un riesgo para la vida y debe ser extirpado lo antes posible. Los síntomas de un embarazo ectópico son pequeñas pérdidas de sangre por la vagina y dolores abdominales como los calambres.

## **Diabetes gestacional**

Las hormonas de la placenta pueden desarrollar una diabetes en la época del embarazo. El tratamiento de la diabetes gestacional es una dieta muy estricta en lo que a hidratos de carbono se refiere. Pocas veces son necesarias las inyecciones de insulina. La mujer que haya pasado por una diabetes en el período de la gestación debe someterse a un control riguroso. Tiene riesgos de padecer diabetes en años posteriores al parto o volver a tenerla en siguientes embarazos.

## **Rh**

La incompatibilidad de Rh es la incompatibilidad del grupo Rh entre la sangre de la madre y de su feto. Como resultado, la mujer puede producir anticuerpos contra los glóbulos rojos del feto. Los anticuerpos ocasionan la destrucción de un número más o menos importante de estos glóbulos produciendo en ocasiones la denominada enfermedad hemolítica del recién nacido, una variedad de anemia.

Para intentar combatir esta anomalía hay diferentes procedimientos que varían según la gravedad. Se pueden inyectar anticuerpos anti-Rh en la madre Rh-negativo. En ocasiones, se administra al feto una transfusión de sangre intrauterina. Sólo en algunos casos se le practicarán transfusiones al bebé una vez haya nacido.

### **Polihidramnios y oligoamnios**

Llamamos polihidramnios al exceso de líquido amniótico. En ocasiones, este exceso será normal: cuando el bebé sea grande o cuando el embarazo sea múltiple. Pero también puede ser consecuencia de una enfermedad de la madre como la diabetes o una enfermedad del bebé como las llamadas malformaciones congénitas. Los oligoamnios son lo contrario, la disminución de la cantidad de líquido amniótico.

Se recomienda reposo para evitar el parto prematuro. Si hay dificultades respiratorias, puede realizarse un drenaje del exceso del líquido mediante una punción con un catéter intra-amniótico.

### **Retraso del crecimiento intrauterino (RCIU)**

Hablamos de retraso del crecimiento intrauterino cuando un bebé no está creciendo dentro del útero a la velocidad normal. Al nacer, estos bebés suelen tener poco peso y es probable que necesiten quedarse más tiempo de lo normal en el hospital. Sin embargo, alcanzan el tamaño normal alrededor de los 2 años de edad. Por lo general, estos bebés tienen un peso bajo al nacer. La mayoría de los casos de RCIU están fuera de control de la mamá. Eso sí, el consumo de tabaco, alcohol y otras drogas pueden desencadenar este crecimiento retardado. Abandona estos hábitos.

### **Embarazo múltiple**

El embarazo múltiple es un que embarazo se considera de mayor riesgo porque se asocia a parto prematuro y desarrollo de pre eclampsia. Además es importante diferenciar si los bebés son gemelos o mellizos. Los gemelos pueden compartir la placenta o la bolsa, lo cual puede complicar el desarrollo durante el embarazo y el parto.

## **Aborto**

Un aborto (espontáneo) es la pérdida de un feto por causas naturales antes de las 20 semanas de embarazo. En cambio, se denomina feto muerto a la pérdida del mismo por causas naturales después de las 20 semanas de embarazo.

Antes de un aborto, la mujer habitualmente sufre pérdidas de sangre poco cuantiosas hasta que tiene una hemorragia más evidente junto a secreción vaginal. El útero se contrae y la mujer siente un dolor similar a los calambres. Si el aborto continúa, la hemorragia, la secreción y los dolores aumentan. Al final, parte o la totalidad del contenido del útero puede ser expulsado. Cuando sólo se expulsa una parte (aborto incompleto), debe realizarse una dilatación y succión para vaciar el útero.

## **EMBARAZO EN ADOLESCENTES**

Varios autores hacen alusión al embarazo en adolescentes como una situación desfavorable, problemática, perjudicial, de alto riesgo, el cual está influenciado por múltiples factores sociales, económicos, familiares (hogares disfuncionales, conflictivos), donde todavía no se está preparado para afrontar uno de los roles más importantes en la vida de la mujer, el ser mamá; por esto se tiene claro que la gestación en la adolescencia es un proceso sumamente dinámico y complejo. De igual manera, se expone que “el embarazo de la adolescente, de manera casi inevitable, crea una importante ruptura con el grupo de iguales y con la trayectoria de vida propia” (Lugo, A., 2012).

La OMS considera el embarazo durante la adolescencia como “embarazo de riesgo, debido a las repercusiones que tiene sobre la salud de la madre y el producto, además de las secuelas psicosociales, particularmente sobre el proyecto de vida de los/ las jóvenes” (Secretaría de salud., 2011); se presenta la posibilidad de parto pre-término, bajo peso al nacer, pre-eclampsia, eclampsia, retardo en el crecimiento intrauterino, entre otros. En Colombia, la Academia Nacional de Medicina, consideró el embarazo en adolescentes como “una grave problemática en salud pública y un marcador de subdesarrollo;

además como una catástrofe biológica, antropológica, social, familiar e individual” (Estupiñan, MR, 2011).

Los factores de riesgo que influyen en un embarazo en adolescentes, tienen que ver con:

- Inicio precoz de relaciones sexuales: cuando aún no existe la madurez emocional necesaria para implementar una adecuada prevención.
- Familia disfuncional: relación inadecuada con los padres. La ausencia de los padres genera carencias afectivas, impulsándola a relaciones sexuales que tienen mucho más de sometimiento para recibir afecto que un genuino vínculo de amor.
- Bajo nivel educativo.
- Pensamientos mágicos: propios en esta etapa de la vida, que las llevan a creer que no se embarazarán porque no lo desean.
- Fantasías de esterilidad: comienzan sus relaciones sexuales sin cuidados, y como no se embarazan por casualidad, piensan que son estériles.
- Falta o distorsión de la información.
- Controversias entre su sistema de valores y el de sus padres: cuando en la familia hay una severa censura hacia las relaciones sexuales entre adolescentes, con frecuencia por rebeldía, y a la vez como una forma de negarse a sí mismos que tienen relaciones, no implementan medidas anticonceptivas.
- Factores socioculturales: la evidencia del cambio de costumbres, derivado de una nueva libertad sexual, se da por igual en los diferentes niveles socioeconómicos. Se encuentra la idea de que las adolescentes se embarazan porque en su medio existe esa tendencia, es decir, hay otras adolescentes a su alrededor que están embarazadas o son hijas de madres que las procrearon tempranamente.

## **ESTADÍSTICAS DE ADOLESCENTES EMBARAZADAS EN EL ECUADOR**

De las más de 7 millones de mujeres, 3.645.167 son madres, de ellas 122.301 son adolescentes, según los últimos datos del Instituto Nacional de Estadística y Censos. (INEC, 2014) Según el rango de edad el 3,4% de las madres tiene

entre 12 y 19 años, es decir, 122.301 madres son adolescentes (mujeres entre 12 y 19 años), frente a 105.405 madres del 2001. El 24 % de las madres se ubican entre los 30 y 39 años.

Según consta en el Plan Andino de Prevención del Embarazo en Adolescentes, Ecuador ocupa el segundo lugar en América Latina, después de Venezuela. Debido al elevado número de casos, el gobierno ecuatoriano ha puesto en marcha la estrategia nacional intersectorial de planificación familiar y prevención del embarazo en adolescentes (ENIPLA). Según proyecciones poblacionales del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC) para el año 2009 en Ecuador; aproximadamente el 19.9% de la población eran adolescentes, de ellos, 2.799.063 adolescentes de entre 10 a 19 años, de las cuales las mujeres representan el 9.79%. Según el Censo de 2010, en el país había 346 700 niñas (de 10 años a 14 años).

La cifra de embarazos, en aquel entonces, se había incrementado en la última década. Diversos factores ligados a la crisis económica como la falta de expectativas en la vida, abandonar los estudios, no tener trabajo o la búsqueda de identidad en un bebé, ha provocado el aumento, en los últimos años, de la cifra de chicas menores de 18 años que experimenten la maternidad.

### **ESTADÍSTICA DE EMBARAZOS ADOLESCENTES EN MANABÍ Y MANTA**

En Ecuador ya se presentaron las estadísticas de adolescentes embarazadas y estas cada vez van en aumento y cada vez son más las mujeres que alumbran a corta edad. Tal es así que en el 2013 en Manta, provincia de Manabí se registraron más de 1.200 adolescentes en estado de gestación y hasta fines del año 2014 en el Área de Salud No 2 ese número supera las 2000 embarazadas.

Un caso concreto de esta problemática se da en los colegios de esta localidad por lo que ya no es extraño observar a adolescentes que acuden a clases en estado de gestación. Tal es así que en el Colegio Cinco de Junio, como aspecto referencial, en el 2012 había 8 adolescentes embarazadas, en el 2013 había 20.

Hasta el 2014 en Manta se monitorearon su embarazo 128 adolescentes de entre 10 y 14 años, 910 de entre 15 y 19 años y otras 189 recibieron atención post parto. En total 1227 menores incursionaron en la maternidad.

### **LAS MUERTES MATERNAS**

La muerte materna es un grave problema de salud pública que afecta sobre todo a los países pobres y presenta un gran impacto individual, familiar, social y económico. Las muertes maternas son de aproximadamente 800 mujeres cada día a nivel mundial, según la Organización Mundial de la Salud. La mayoría de las muertes maternas pueden ser evitadas si la mujer, su pareja, su familia y la comunidad aprenden a reconocer las señales de peligro a tiempo. El no demorar en la identificación de estas señales de peligro, el no demorar en acudir a un servicio de salud y el no demorar en recibir la atención calificada y oportuna son los principales factores que marcan la diferencia entre la vida y la muerte

### **BENEFICIO DEL CONTROL PRENATAL DE MADRES ADOLECENTES**

El control prenatal son todas las acciones encaminadas a la vigilancia del embarazo para identificar factores de riesgo y corregirlos así como consejerías nutricionales, vigilancia del crecimiento y desarrollo fetal así como la adecuación de suplementos para un mejor nacimiento de un recién nacido a término y saludable sin secuelas de un tipo para en binomio Madre – Hijo.

Se define como el “conjunto de acciones y actividades que se realizan en una mujer embarazada con el objetivo de lograr una buena salud materna, el desarrollo normal feto y la obtención de un recién nacido en óptimas condiciones desde el punto de vista físico, mental y emocional” (Reyes y Carzola 1998).

Para Oyarzun y Poblete (2000) el control prenatal tiene los siguientes componentes.

- El análisis temprano y continuo
- Promoción de la salud , detección temprana y protección específica

- Las intervenciones médicas psicosociales pertinentes

Los objetivos del control prenatal son

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

Se denominan controles prenatales eficientes al que cumpla cuatro requisitos básicos.

**Precoz.-** el control deberá iniciarse lo más temprano posible, tratando de que sea desde el primer trimestre de la gestación. Esto permite la ejecución oportuna de las acciones de fomento protección y recuperación de la salud que constituye la razón fundamental del control, para identificar el embarazo precoz de alto riesgo.

**Periódico o Continuo.-** La frecuencia de los controles prenatales varía según el riesgo que exhibe la embarazada, se recomienda cada treinta días hasta el séptimo y octavo mes y luego cada 15 días hasta el término del embarazo en términos generales el número de controles de embarazo será mayor en aquellas pacientes que presentan factores de riesgo y menor en quienes no lo presenten. (Muñoz et al. 2000)

**Completo o integral.-** los contenidos del deberán garantizar el cumplimiento efectivo de las acciones de fomento protección, rehabilitación de salud.

**Extenso o de amplia cobertura.-** Solo en la medida en que en qué porcentaje de la población controlada sea alto (ideal es que dé cobertura a todas gestantes), se podrá disminuir las tasas de morbilidad materna y perinatal. (Reyes y Cazorla 1998).

## **Factores de riesgo**

El factor de riesgo es toda aquellas características biológicas, ambiental o social que cuando se presenta se asocia con el aumento en la probabilidad de representar un evento sea el feto o en la madre o en ambos.

En el marco de la perinatología, los factores que contribuyen con mayor frecuencia a la morbilidad del recién nacido son la prematuridad la asfixia perinatal, las malformaciones congénitas y las infecciones.

Por otro lado la patología, que afectan a la madre son las hemorragias ante, intra y pos parto. La hipertensión inducida por el embarazo y desde luego las patologías de base que representan las pacientes a iniciar su embarazo.

## **MODELO DE ENFERMERÍA DE DOROTEA OREM**

Escrito por Dorotea Orem, en los años 1971 al 1991, creo un Método de ayuda, es una sucesión de acciones que, se resuelven o compensan las limitaciones que tienen las personas en el ámbito de la salud, para regular su funcionamiento y desarrollo propios de otras personas que dependen de ellas. La enfermera utiliza todos los métodos, lo seleccionan y combinan adaptándolo a las necesidades o las personas que atienden en función de las limitaciones asociadas al estado de salud de aquellas.

- a. - Actuar por otros.
- b. -Orientar y dirigir.
- c. ofrecer apoyo físico, psicológico.
- d. Proporcionar y mantener un entorno que favorezca el desarrollo personal
- e. Enseñar.

La teoría de Orem es la que vamos a utilizar en este proyecto ya que en su teoría utiliza el déficit de auto cuidado en la cual ella la define como:

**“Una actividad del individuo aprendida por éste y orientada hacia un objetivo. Es una conducta que aparece en situaciones concretas de la vida, y que el individuo dirige hacia sí mismo o hacia el entorno para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y actividades en beneficio de la vida, la salud y el bienestar”.** OREM E. Dorotea (2009).

Esta teoría es aplicable ya que estamos trabajando con pacientes adolescentes que requieren de mucho cuidado personal y para mejorar la calidad de vida y de la salud de las gestantes.

Los objetivos del control prenatal son:

- 1.- Evaluar el estado de salud de la madre y el feto
- 2.- Establecer la Edad Gestacional
- 3.- Evaluar posibles riesgos y corregirlos
- 4.- Planificar los controles prenatales
- 5.- Indicar ácido fólico lo antes posible, para la prevención de defectos del tubo neural

Según el Manual Ministerio de Salud 2008 el Objetivo General del Control Prenatal es:

- 1.- Controlar la evolución de la gestación
- 2.- Fomentar estilos de vida saludables
- 3.- Prevenir complicaciones
- 4.- Diagnosticar y tratar oportunamente la patología
- 5.- Derivar a niveles de mayor complejidad cuando corresponda
- 6.- Preparar a la madre, su pareja y familia, física y psíquicamente para el parto y nacimiento, ayudándoles a desarrollar sus respectivos roles parentales..

La frecuencia recomendada para un embarazo no complicado es: s Cada 4 semanas durante las primeras 28 semanas s Cada 2-3 semanas entre la semana 28 a la semana 36 s Semanalmente después de las 36 semanas En relación al esquema recomendado en el Manual Ministerio de Salud, 2008, la periodicidad del control prenatal dependerá del grado de riesgo obstétrico evaluado en el primer control, idealmente antes de las 20 semanas y de los controles posteriores a las 25-30-34-37-40 semanas.

### **PRIMER CONTROL**

Se debe realizar una historia médica completa, solicitar algunos exámenes de laboratorio e impartir educación acerca de un embarazo saludable. Además, se debe realizar un examen físico, pesar, medir y calcular el IMC (Índice de Masa Corporal), con lo cual se puede determinar la ganancia de peso recomendada.

## **Anamnesis**

### **Historia**

Es fundamental para evaluar el estado de salud actual y detectar la existencia de posibles factores de riesgo. Son importantes los antecedentes de riesgo en embarazos previos -como partos prematuros, restricción de crecimiento y enfermedades hipertensivas- que tienen alto riesgo de repetirse en embarazos posteriores. También se debe revisar la historia menstrual para determinar edad gestacional, aunque ésta debe ser confirmada a través de ecografía precoz; enfermedades crónicas preexistentes; hábitos de riesgo (tabaquismo, alcohol y drogas, entre otros).

**Antecedentes familiares** de diabetes, hipertensión y restricción de crecimiento en la línea materna aumentan la probabilidad de aparición en la paciente embarazada. También debe ser considerada la historia familiar de malformaciones o enfermedades genéticas.

### **Examen físico general y segmentario**

Busca cualquier indicio de patología sistémica con énfasis en el sistema cardiovascular, que enfrenta una importante sobrecarga durante el embarazo. Peso, talla, presión arterial. Examen gineco-obstétrico, revisar mamas, visualizar cuello del útero con espéculo, realizar Papanicolaou si éste no está vigente. Si se detecta flujo vaginal sintomático, estudiarlo y tratarlo. En pacientes asintomáticas de bajo riesgo, sin historia de partos prematuros, el tratamiento de vaginosis bacteriana no ha mostrado utilidad.

Puede realizarse tacto bimanual para identificar características del cuerpo y cuello uterino y tumoraciones, aunque mucha de esta información puede ser obtenida a través del examen de ultrasonido, por lo cual no se recomienda de rutina. Evaluar pelvis ósea, vagina y periné. El examen obstétrico abdominal adquiere importancia desde las 12 semanas, ya que el útero comienza a aparecer sobre el pubis y es posible escuchar LCF con ultrasonido. La auscultación de latidos con estetoscopio de Pinard puede realizarse a partir de las 18 semanas.

La altura uterina puede ser medida para estimar el crecimiento fetal a partir de las 20 semanas, desde el borde superior de la sínfisis pubiana hasta la parte más alta del fondo del útero. La altura del útero en centímetros entre las 18-32 semanas, es prácticamente igual a la edad gestacional en semanas. Diferencias de más de 3 cm deberían ser estudiadas con ultrasonido para evaluar volumen de líquido amniótico y crecimiento fetal. Existen tablas con las mediciones para cada edad gestacional en las cuales es posible evaluar grado de normalidad de las mediciones efectuadas.

Considerar, además, que en la altura uterina puede influir el peso materno, el llene vesical, la presencia de miomas uterinos, el embarazo múltiple y la presentación fetal.

Los exámenes que a continuación se describen son ofertados por el Ministerio de Salud Pública del Ecuador para las embarazadas con el fin de que se cuente con la información necesaria para llegar a feliz término el embarazo de acuerdo a protocolos establecidos.

### **EXÁMENES DE LABORATORIO**

**Grupo Rh y Coombs:** Permite identificar a pacientes Rh negativo y establecer si están o no sensibilizadas, con el objetivo de determinar estrategias de prevención (en las pacientes no sensibilizadas) o manejo (en las sensibilizadas) ; en las madres Rh positivas permite la identificación de portadoras de otros anticuerpos irregulares.

**Hemograma:** Permite diagnóstico de anemia y tratamiento (11). La serie blanca permitiría identificar eventuales infecciones y enfermedades de baja frecuencia, pero muy importantes, como leucemias. El recuento de plaquetas puede detectar trombocitopenia.

**Glicemia:** En ayunas en el primer control para identificar pacientes con diabetes pregestacional (tipo I y II).

**Sedimento orina y urocultivo:** Para identificar pacientes con infección urinaria y bacteriuria asintomática y así disminuir riesgo de pielonefritis.

**VDRL o RPR:** Permite diagnóstico de embarazadas con sífilis y tratamiento oportuno para prevenir la infección fetal o reducir el daño.

**VIH:** Para el diagnóstico de madres portadoras de VIH, con el fin de prevenir la transmisión vertical. El examen debe repetirse entre las 32-34 sem en pacientes con conductas sexuales de riesgo. Debe hacerse consejería abreviada pre y post examen con énfasis en el diagnóstico y tratamiento.

**Hepatitis B:** Antígeno de superficie, para detectar pacientes portadoras y prevenir el contagio del recién nacido, mediante la administración de la vacuna. En algunos países (Inglaterra, Australia) se recomienda ofrecer test para detectar Chlamydia y Gonorrea en pacientes menores de 25 años, con el fin reducir riesgo de parto prematuro, RPM y bajo peso. Sin embargo, la evidencia actual es limitada (13-19) (un estudio randomizado y cinco estudios de cohorte). También se recomienda test para detectar inmunidad para Rubeola, con el objeto de identificar pacientes susceptibles a la vacunación postnatal (protección para el embarazo siguiente).

La detección de déficit de vitamina D se recomienda en pacientes de alto riesgo (poco expuestas a la luz, piel oscura, obesas), tanto en la guía británica como en la australiana. No hay evidencia concluyente que la suplementación de vitamina D durante el embarazo mejore el resultado perinatal.

La realización de screening para hipotiroidismo es controversial, aunque muchas sociedades lo recomiendan. El Colegio Americano de Obstetricia y Ginecología sostiene que la evidencia todavía es insuficiente para el screening universal y recomienda realizarlo si hay síntomas, o en pacientes con historia previa de enfermedad tiroidea u otras condiciones médicas asociadas con enfermedad tiroidea. La evidencia actual no sugiere que el tratamiento del hipotiroidismo subclínico mejore el resultado del embarazo.

Ultrasonido Se recomienda examen de ultrasonido entre las 11-14 semanas para precisar edad gestacional según longitud céfalo-nalgas y determinar el riesgo de aneuploidías, con evaluación de translucencia nucal, hueso nasal más bioquímica materna (PPAP A, hCG) se obtienen cifras de detección de un 95% para Síndrome de Down con 5% de falsos positivos. Además, es posible en este examen evaluar el riesgo de desarrollo futuro de pre eclampsia o restricción de crecimiento fetal, a través de la evaluación por Doppler de las arterias uterinas . Si se detecta este riesgo, se recomienda administrar aspirina en dosis bajas (100 mg) antes de las 16 semanas para reducirlo.

Está disponible en el mercado un test para el diagnóstico prenatal no invasivo, que analiza el DNA libre fetal en sangre materna, con lo cual es posible detectar trisomías 13, 18, 21, y algunas aneuploidías asociadas a los cromosomas sexuales, a partir de las 10 semanas de embarazo, con sensibilidades mayores al 98% y muy baja tasa de falsos positivos (< 0.5%) (21-23). Sin embargo, aún no se recomienda como screening en población de bajo riesgo. Es importante tener claro que no es un test diagnóstico, ya que un resultado positivo requiere confirmación con estudio invasivo y un resultado negativo no excluye por completo la posibilidad de que exista una aneuploidía.

### **CONTROLES POSTERIORES**

En los controles hay que buscar signos de bienestar fetal como la percepción y número de movimientos fetales. Se debe buscar signos y síntomas de preeclampsia (cefalea, tinnitus, fotopsias, edema extremidades, alza de cifras tensionales 140/90); síntomas de infección urinaria (disuria, poliaquiuria, tenesmo); de amenaza de parto prematuro (contracciones, pérdida de sangre o fluidos por la vagina) y de colestasia intrahepática del embarazo (prurito palmo-plantar de predominio nocturno).

Exámenes segunda mitad del embarazo (28 semanas) Hemograma, VDRL, prueba de tolerancia a la glucosa para el diagnóstico de diabetes gestacional, repetir Coombs indirecto en pacientes Rh negativas y cultivo vagino-rectal entre las 35-37 sem. Para identificar pacientes portadoras de es Streptococo B.

Ultrasonido 22-24 semanas Para evaluar anatomía fetal y con ello, detectar malformaciones congénitas, también en este examen se evalúa la longitud cervical en forma universal (en todas las pacientes), para detección de riesgo de parto prematuro. Debido a que se ha detectado que pacientes asintomáticas, sin historia previa, pero con cérvix < 25mm tienen tres veces mayor riesgo de parto prematuro antes de las 34 sem., y si se administra progesterona en este grupo de pacientes es posible reducir este riesgo en un 44% (24,25). Además se realiza evaluación de Doppler de arterias uterinas en pacientes que no lo tuvieron en la Eco 11-14 para predecir riesgo de pre eclampsia y restricción de crecimiento fetal.

### **PROGRAMA DE CONTROL PRE NATAL DEL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DEL ECUADOR**

El embarazo es un proceso fisiológico, por tanto, la atención prestada a las gestantes debe estar basada en los cuidados para su desarrollo normal, el uso de la tecnología apropiada y en el reconocimiento del importante papel que tiene la propia mujer en la toma de las decisiones que le afectan. El respeto a la evolución natural del embarazo debe liderar toda la atención sanitaria y cualquier intervención debe ser aplicada solo si ha demostrado beneficio y está de acuerdo con las necesidades y deseos de cada mujer.

La atención de calidad a las embarazadas conlleva: el seguimiento eficiente del proceso, la realización de las visitas domiciliarias, pruebas y procedimientos basados en la evidencia científica, la implicación de las usuarias y la adecuada coordinación entre todos los niveles de atención.

Según la OMS el cuidado del embarazo en forma temprana, periódica e integral, disminuye sustancialmente el riesgo de complicaciones y muerte tanto materna como perinatal; propicia además una adecuada atención del parto y por otro lado, asegura condiciones favorables de salud para las madres y sus hijos/as en los períodos inmediatamente posteriores al nacimiento, así como disminuye la incidencia de discapacidad de causa congénita 5 . Un control prenatal óptimo en el embarazo de bajo riesgo según la Organización Mundial

de la Salud comprende un mínimo de cinco chequeos por personal profesional de salud calificado (médico u obstetrix).

### **Recomendaciones generales de control prenatal**

- Se recomienda que los cuidados prenatales en las gestaciones sin complicaciones sean proporcionados por profesionales capacitados, con la participación del equipo de salud y el apoyo del especialista gineco-obstetra para consultas o dudas que pudieran presentarse.
- La atención prenatal debe ser de fácil acceso para todas las embarazadas, de manera individualizada y en relación a su entorno comunitario
- En la atención prenatal debe haber continuidad y debe ser realizada por el profesional de la salud con quien la embarazada se sienta comfortable.
- El lugar en donde se realizan los controles prenatales debe brindar confianza a la embarazada para discutir temas sensibles como violencia doméstica, abuso sexual, enfermedades psiquiátricas, el uso de drogas ilícitas, etc.
- La embarazada debe tener su propio carné prenatal (Ver anexo 2). Esto propicia un sentimiento de control durante su embarazo y puede facilitar la comunicación entre la embarazada y el personal de salud involucrado en su atención.
- Entre las prioridades de los controles prenatales se debe capacitar a las mujeres para que puedan tomar decisiones informadas acerca de sus cuidados: ¿en dónde será atendida, quién llevará a cabo sus cuidados, a qué exámenes será sometida y en dónde se atenderá el parto?. La decisión de la embarazada debe ser reconocida y agregarse al proceso de toma de decisiones.
- A la embarazada se le debe informar oportunamente sobre la participación en sesiones de educación prenatal y gimnasia obstétrica, y otorgar la información por escrito acerca de los cuidados prenatales, asesoría de lactancia y planificación familiar.
- La comunicación y la información a la embarazada deben otorgarse en una forma respetuosa, accesible, clara y consistente de acuerdo a sus necesidades, tomando en cuenta las discapacidades físicas, sensoriales

o de aprendizaje. La información también puede explicarse con material educativo y debe ser apoyada con información escrita. Se debe dar toda la oportunidad a la embarazada para discutir sus problemas y resolver dudas.

- Desde el primer control prenatal se deberá dar información acerca de los cuidados del embarazo, servicios y opciones de parto disponibles, consideraciones al estilo de vida incluyendo información sobre la dieta y, pruebas de laboratorio.
- La embarazada debe ser informada sobre la finalidad de las pruebas de laboratorio antes de que éstas se realicen, teniendo como derecho la aceptación o rechazo de las mismas.
- Las intervenciones que se realicen en el periodo prenatal deben ser efectivas y probadas, adicionalmente tienen que ser aceptadas por la paciente. (MSP, 2015)

Todas estas recomendaciones se encuentran en la Guía de Práctica Clínica en el programa de control prenatal del Ministerio de Salud Pública del Ecuador publicado en el año 2015.

## **NUTRIENTES OFERTADOS POR EL MINISTERIO DE SALUD A LAS EMBARAZADAS**

Se calcula que un 41,8% de las embarazadas del mundo padecen anemia (1), y se considera que como mínimo la mitad de esta carga de anemia obedece a la carencia de hierro (o ferropenia), mientras que el resto se debe a problemas como carencia de folatos, vitamina B12 o vitamina A, inflamación crónica, infestaciones parasitarias o trastornos hereditarios.

Se considera que una embarazada está anémica cuando su concentración de hemoglobina en el primer y tercer trimestre de gestación es inferior a 110 g/l al nivel del mar, sabiendo que en el segundo trimestre la concentración suele bajar en aproximadamente 5 g/l. Cuando la anemia se acompaña de algún indicio de carencia de hierro (por ejemplo, niveles bajos de ferritina), se denomina anemia ferropénica.

Se ha observado que las bajas concentraciones de hemoglobina indicativas de anemia moderada o grave durante el embarazo vienen asociadas a un mayor riesgo de parto prematuro, mortalidad materno infantil y enfermedades infecciosas. La anemia ferropénica puede afectar al crecimiento y el desarrollo, tanto en la etapa intrauterina como a largo plazo. Concentraciones de hemoglobina superiores a 130 g/l al nivel del mar también pueden acompañarse de resultados negativos del embarazo, como parto prematuro o bajo peso al nacer.

Las intervenciones destinadas a prevenir la ferropenia y la anemia ferropénica en el embarazo incluyen la administración de suplementos de hierro, el enriquecimiento con hierro de alimentos básicos, la educación nutricional y de salud, el control de infestaciones parasitarias y la mejora del saneamiento. El pinzamiento tardío del cordón umbilical también es una medida eficaz para prevenir la ferropenia en lactantes y niños pequeños.

Durante el embarazo, las mujeres deben consumir una cantidad adicional de hierro para disponer de reservas suficientes y prevenir así la ferropenia. Por ello, en la mayoría de los países de ingresos bajos y medios es muy común el consumo de suplementos de hierro por parte de las embarazadas para prevenir y corregir la ferropenia y la anemia durante la gestación. Por tal motivo el MSP provee de hierro, ácido fólico, Vitamina A de acuerdo al período de gestación de la embarazada.

## **SEÑALES DE PELIGRO**

Si durante el embarazo presentas alguno de los siguientes síntomas y signos, debes saber que tu vida y la de tu bebé pueden estar en peligro; acude de inmediato al servicio de emergencias más cercano:

- 1.- Sangrado vaginal en el embarazo,
- 2.- Dolor intenso en el vientre
- 3.- Salida de líquido por la vagina antes de tu fecha de parto
- 4.- Dolor de cabeza,
- 5.- Zumbido en los oídos,
- 6.- Mareo y lucecitas

- 7.- Convulsiones
- 8.- Falta de movimientos del bebé
- 9.- Ardor al orinar o mal olor en la orina
- 10.- Parto demorado
- 11.- Fiebre
- 12.- Mala presentación del bebe

### **No debe haber sangrados**

En un embarazo normal no debe haber sangrados. TODO sangrado durante el embarazo (poca o mucha cantidad) es peligroso para la embarazada y su bebé.

### **La salida del líquido amniótico**

La salida de líquido amniótico o “agua de fuente” puede ser normal cuando se empieza la labor de parto. En este momento es importante acudir al centro de salud u hospital para la atención de tu parto. Pero si la salida de líquido se da antes de las 38 semanas, en forma abundante o apenas como un escurrimiento (gotitas), esto NO es normal y puede complicar la vida de la madre y la del bebé. No se debe permitir que introduzcan medicinas naturales u objetos en la vagina bajo ningún concepto, mucho menos si hay salida de líquido, pues esto aumenta el riesgo de infecciones.

### **Dolores intensos en el abdomen**

Si se presenta un intenso dolor en el abdomen o vientre que hace que el abdomen se ponga duro, que se incrementa en tiempo, intensidad y frecuencia, es decir que se hace más fuerte y más seguido, o se presenta de forma súbita y constante, se debe acudir de forma emergente a un servicio de salud cercano.

### **Dolor de cabeza, zumbidos, lucecitas**

Si se presentan síntomas como intenso dolor de cabeza, zumbido o ruidos en los oídos, mareos, ver lucecitas o visión borrosa repentina, dolor repentino en la boca del estómago, con o sin hinchazón de los pies, manos o cara, significa que la presión arterial está subiendo y que la madre y el bebé pueden estar en

peligro. Estas molestias pueden presentarse durante el embarazo, parto o después del parto.

### **Convulsiones**

Toda convulsión en el embarazo es una emergencia. Las convulsiones pueden presentarse como una complicación de la presión alta en el embarazo y es muy peligroso para la madre y el bebé.

### **Los movimientos del bebé**

Los movimientos del bebé se sienten a partir del quinto mes de embarazo si es el primer bebé y a partir del cuarto mes en aquellas mujeres que ya han tenido un embarazo previamente. Los movimientos del bebé se vuelven más frecuentes conforme él o ella crece, y disminuyen cerca de la fecha de parto por el poco espacio que tiene, debido a que ha completado su crecimiento, pero continúa haciéndolo. Los movimientos del bebé están relacionados con la alimentación de la madre. La falta de movimientos del bebé puede ser una señal de peligro.

### **Infecciones en vías urinarias**

Las infecciones de vías urinarias y genitales son muy comunes durante la vida de una mujer. Durante el embarazo estas infecciones pueden presentarse con síntomas como dolor y ardor al orinar, mal olor en la orina, secreciones vaginales o ningún síntoma. Las infecciones de vías urinarias o genitales pueden producir disminución en el crecimiento del bebé y que el parto se dé antes de tiempo; por eso es importante acudir al control prenatal para poder detectarlas a tiempo y recibir el tratamiento médico adecuado.

### **Hipertermia (fiebre)**

La fiebre es con frecuencia un signo de que algo anda mal. Puede ser evidencia de un proceso infeccioso. En una mujer embarazada, en el parto y después del parto la fiebre siempre debe preocuparnos, por ser una señal de peligro. Si tienes fiebre, acércate a un establecimiento de salud del MSP para recibir la atención y tratamiento adecuado.

## **LAS MUERTES MATERNAS EN EL ECUADOR**

A nivel nacional, la reducción de la mortalidad materna –perinatal es una prioridad y se refleja en las metas 3 y 4 del objetivo 3 del Plan Nacional del Buen Vivir que es el documento que guía el hacer de las políticas públicas del Ecuador. Por su parte el Instituto Nacional de Estadística y censos del Ecuador ( INEC) como el ente rector de las estadísticas oficiales del Ecuador publica cada año la Razón de Mortalidad Materna (RMM) la cual refleja una disminución de la misma de 151.4 por 100 000 nacidos vivos en 1985, a 92.6 en el año 2010. (MSP, 2015)

Es claro que en el transcurso del tiempo este indicador se ha reducido y se intuye que bajo esa tendencia el ODM5 se cumplirá. Sin embargo, a pesar de la reducción, dicho indicador permanece alto en comparación a otros países en vías en desarrollo y no se compara a los países desarrollados. El país actualmente tiene dos datos referidos a este indicador, uno generado por el Ministerio de Salud Pública (MSP) que es aceptado por la comunidad internacional, por ejemplo la OMS y otro el calculado por el Instituto Nacional de Estadística y Censos. Históricamente el dato del MSP ha sido más alto que el publicado a nivel nacional por el INEC y no tiene sentido continuar esta tendencia puesto que las series históricas difieren en al menos un 15%.

## **DISEÑO METODOLÓGICO**

### **Diseño de la investigación**

Se trata de un estudio descriptivo, de corte transversal; en el cual se realizaron 25 encuestas a las gestantes adolescentes que acuden al Centro de Salud Manta de la ciudad de Manta, por un periodo de un semestre en forma individual previo consentimiento informado de las mismas.

Para el análisis estadístico se elaboró una base de recolección de datos en Excel, en el cual se utilizó la distribución de frecuencias y promedio.

### **Métodos**

Los métodos que se utilizarán son:

#### **Método Deductivo.**

Se aplicó el método deductivo porque conlleva a la realización de una investigación que va desde lo general a lo particular, y así obtener conclusiones muy certeras de los acontecimientos que ocurren en el entorno.

Este método es de suma importancia, puesto que permitió establecer comparaciones y con ellos a la solución de los problemas en base a la semejanza existente, estableciéndose mediante el análisis de la teoría, los conceptos que luego se podrán aplicar a la problemática que se estudia y se analizarán las posibles soluciones.

#### **Método Inductivo.**

Porque me permitió Consiste en ir de lo particular a lo general permitiendo que se logren los principios con los cuales se utiliza partir hacia el método deductivo y lograr la consolidación de conocimientos.

### **Técnicas**

Cómo técnica de recolección de datos se emplearon la encuesta y la entrevista.

### **Población y muestra**

De acuerdo a los datos obtenidos en el Centro de Salud Manta, mensualmente se atienden un promedio de 100 mujeres embarazadas, de las cuales el 40% son adolescentes, es decir 40.

**Muestra**

Se utilizará una muestra de 25 adolescentes embarazadas que son atendidas en el Centro de Salud Manta de la ciudad de Manta.

**Análisis estadístico**

Se procesó manualmente y con ayuda del programa Excel los datos obtenidos de la recolección de datos a través de la encuesta, realizando el respectivos análisis de los resultados y presentando y gráfico didácticos.

## PRESENTACIÓN DE LA INFORMACIÓN

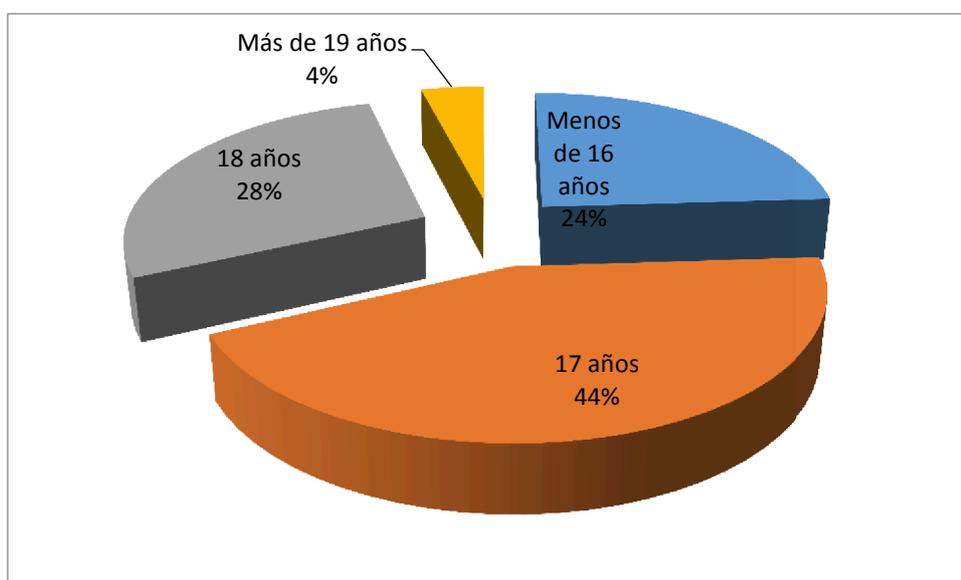
Pregunta No 1

Edad de la usuarias atendidas en el Centro de Salud Manta-2016

Tabla # 1

Alternativas	Frecuencia	Porcentaje
Menos de 16 años	6	24
17 años	11	44
18 años	7	28
Más de 19 años	1	4
Total	25	100

Gráfico # 1



Fuente: Adolescentes embarazadas atendidas en el Centro de Salud Manta

Elaborado por: Cindy Lucas. Autora de la tesis

### **ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS**

En este resultado se puede establecer que el 44% de las adolescentes embarazadas encuestadas tienen 17 años, el 28% tiene 18 años, el 24% tiene menos de 16 años y el restante 4% tiene más de 19 años.

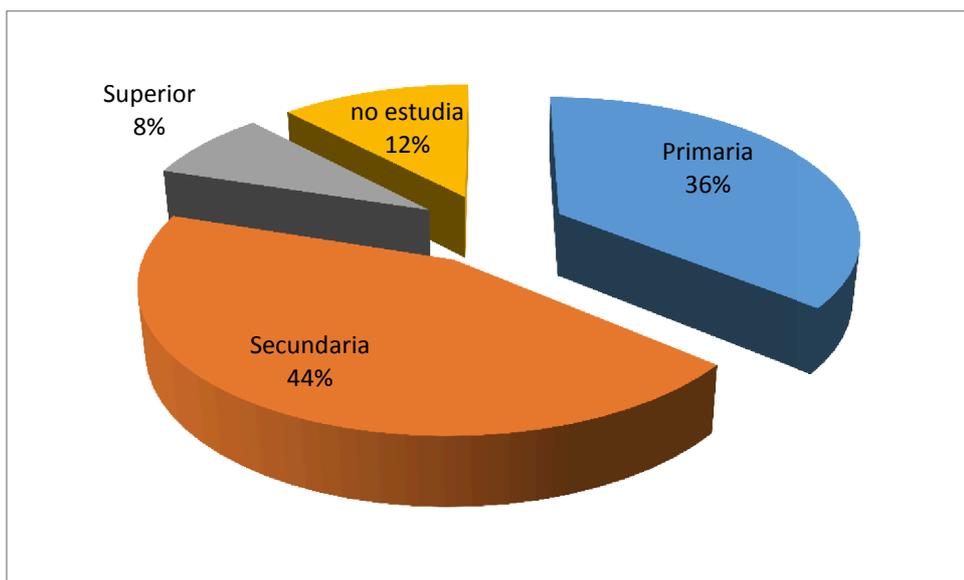
Este resultado permite constatar que la mayoría de las adolescentes embarazadas se encuentran en edad de 17 años lo que demuestra que el embarazo adolescente prevalece en esta edad.

Pregunta # 2  
Nivel de instrucción

Tabla # 2

Alternativas	Frecuencia	Porcentaje
Primaria	9	36
Secundaria	11	44
Superior	2	8
no estudia	3	12
Total	25	100

Gráfico # 2



Fuente: Adolescentes embarazadas atendidas en el Centro de Salud Manta

Elaborado por: Cindy Lucas. Autora de la tesis

**ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS**

El 44% de las adolescentes embarazadas a las cuales se les aplicó el formulario de encuesta, tienen estudios secundarios, mientras que el 36% el nivel de estudio es primaria, el 12% no estudia y el restante 8% tiene estudios superiores.

El nivel de educación de la mayoría de las adolescentes embarazadas está en primaria y secundaria lo cual puede incidir en su nivel de conocimiento acerca control pre natal.

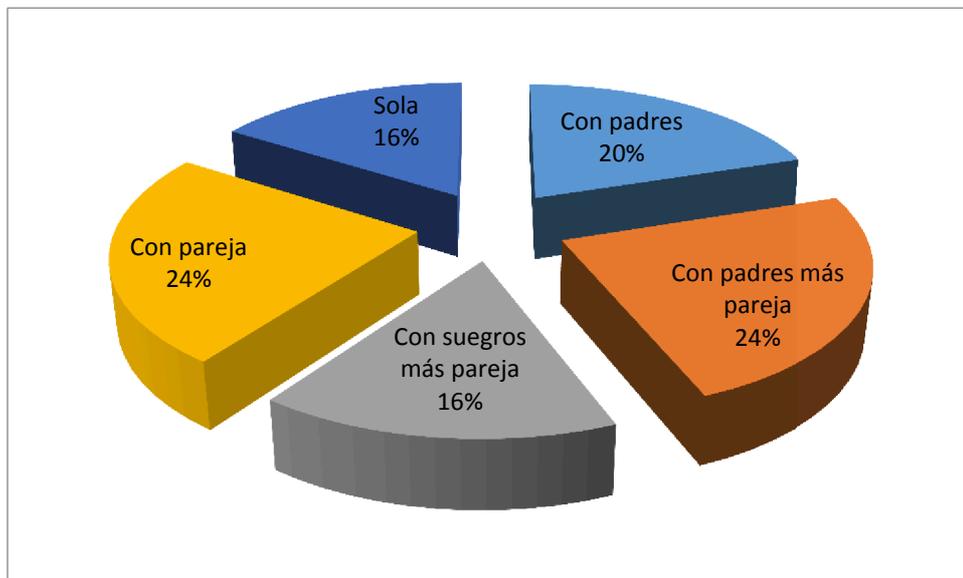
### Pregunta # 3

Con quienes vive la adolescente

Tabla # 3

Alternativas	Frecuencia	Porcentaje
Con padres	5	20
Con padres más pareja	6	24
Con suegros más pareja	4	16
Con pareja	6	24
Sola	4	16
Total	25	100

Gráfico # 3



Fuente: Adolescentes embarazadas atendidas en el Centro de Salud Manta

Elaborado por: Cindy Lucas. Autora de la tesis

#### **ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS**

En esta pregunta el 24% de las encuestadas responden que viven con los padres y la pareja, mientras que el 24% manifiestan que viven solo con la pareja, el 20% con los padres, el 16% con suegros más la pareja y el restante 16% que vive sola.

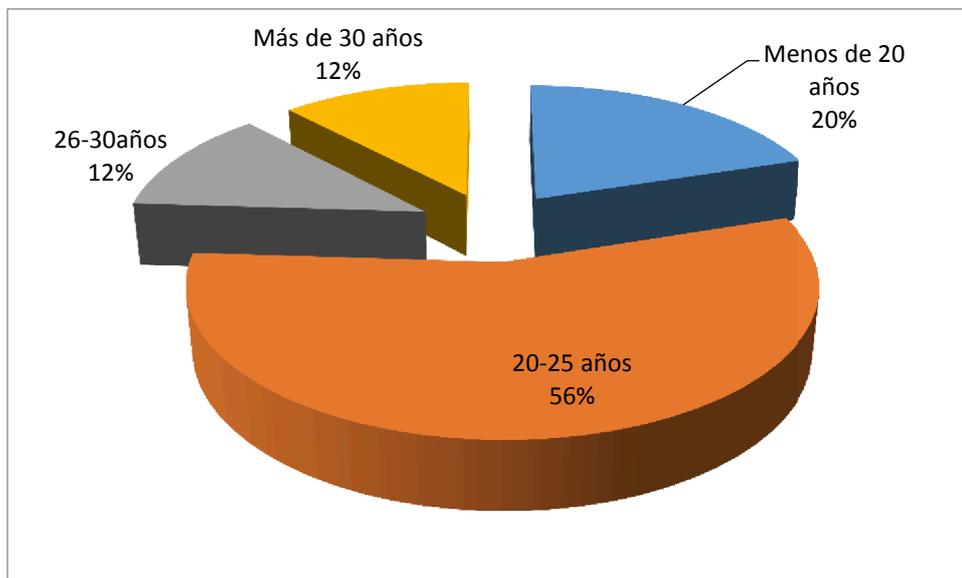
Se establece con este resultado que la adolescente embarazada vive con la pareja aunque en algunos casos no son independientes lo que influye en su status familiar dependiendo en gran parte de opiniones ajenas.

Pregunta # 4  
Edad de la pareja

Tabla # 4

Alternativas	Frecuencia	Porcentaje
Menos de 20 años	5	20
20-25 años	14	56
26-30 años	3	12
Más de 30 años	3	12
Total	25	100

Tabla # 4



Fuente: Adolescentes embarazadas atendidas en el Centro de Salud Manta

Elaborado por: Cindy Lucas. Autora de la tesis

### **ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS**

El 56% de las adolescentes encuestadas responden que sus parejas se encuentran en edad de comprendidas entre 20-25 años. el 20% de menos de 20 años, el 12% entre 26-30 años y el restante 12% de más de 30 años.

Las parejas de las adolescentes embarazadas son relativamente jóvenes también pues se encuentran entre menos de 16 años hasta los 25 años la mayoría siendo un factor importante en la toma de decisiones y mantenimiento de la adolescente.

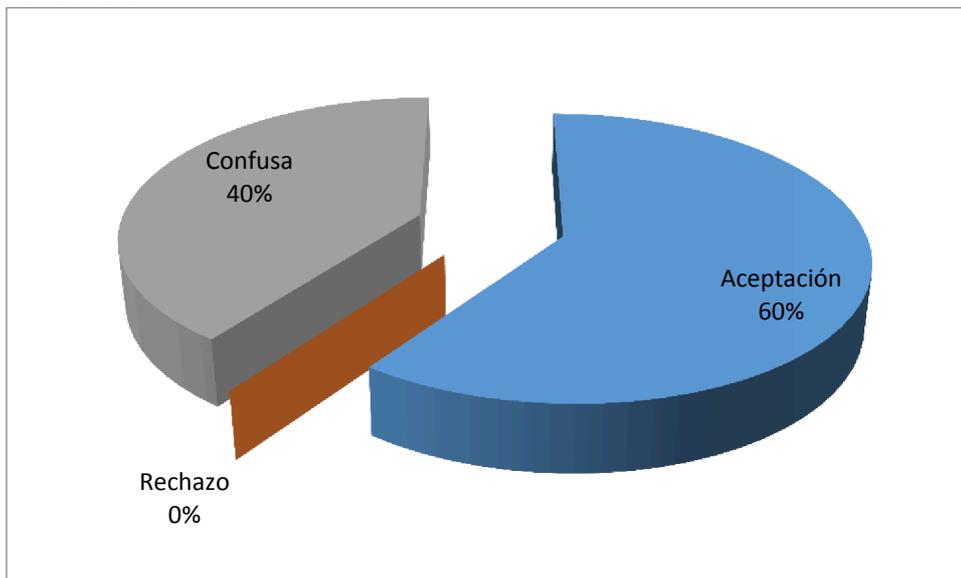
### Pregunta # 5

Actitud al conocer del embarazo

Tabla # 5

Alternativas	Frecuencia	Porcentaje
Aceptación	15	60
Rechazo	0	0
Confusa	10	40
Total	25	100

Gráfico # 5



Fuente: Adolescentes embarazadas atendidas en el Centro de Salud Manta

Elaborado por: Cindy Lucas. Autora de la tesis

#### **ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS**

El 60% de las adolescentes a las cuales se les aplicó el formulario de encuesta responden que la actitud cuando se enteraron del embarazo fue de aceptación, mientras que el 40% manifiesta que sintió confusión.

Se establece que ninguna de las adolescentes embarazadas sintió rechazo por la noticia de su embarazo lo cual permitió que el mismo no sea interrumpido.

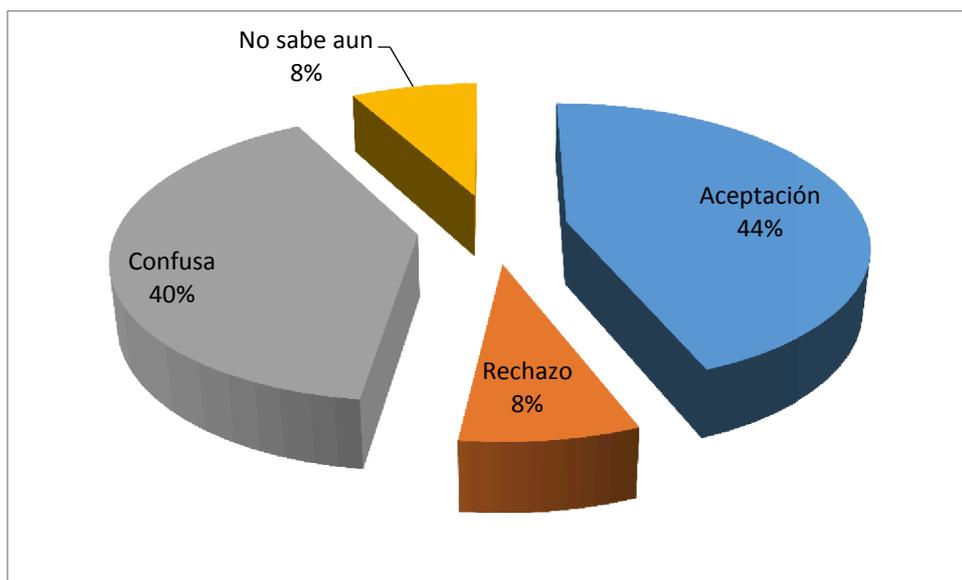
### Pregunta # 6

Actitud de pareja al enterarse de embarazo

Tabla # 6

Alternativas	Frecuencia	Porcentaje
Aceptación	11	44
Rechazo	2	8
Confusa	10	40
No sabe aun	2	8
Total	25	100

Gráfico # 6



Fuente: Adolescentes embarazadas atendidas en el Centro de Salud Manta

Elaborado por: Cindy Lucas. Autora de la tesis

#### **ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS**

El 44% de las encuestadas responden que la reacción de su pareja al enterarse del embarazo fue de aceptación, mientras que el 40% responde que sintieron confusión por la noticia, el 8% manifestó rechazo y el restante 8% no conoce aún del embarazo.

La mayoría de las parejas aceptaron el embarazo y muy pocos rechazaron el mismo. Aquellos que no tienen conocimiento se debe a causas de viaje siendo este factor de desinterés al control prenatal.

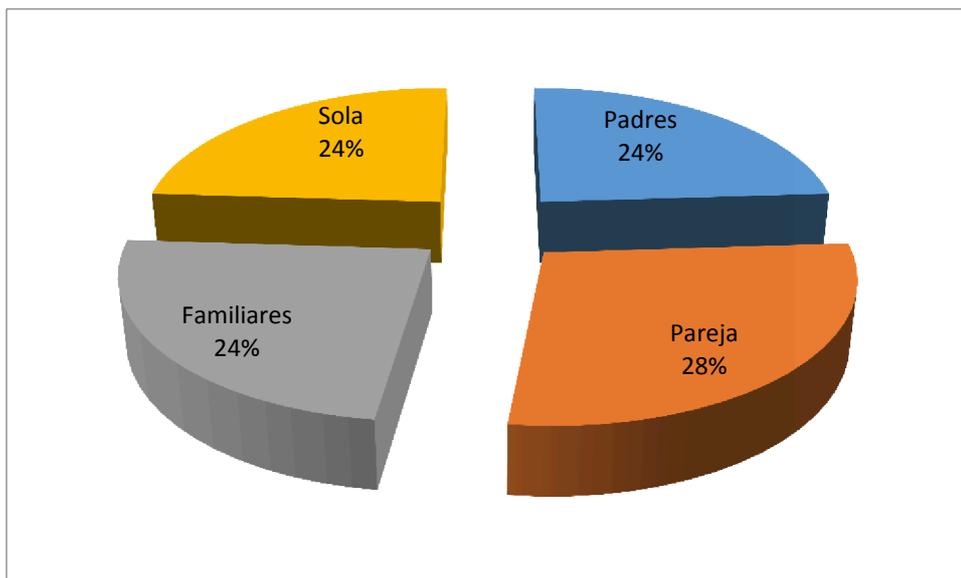
### Pregunta # 7

#### Acompañamiento al primer control pre natal

Tabla # 7

Alternativas	Frecuencia	Porcentaje
Padres	6	24
Pareja	7	28
Familiares	6	24
Sola	6	24
Total	25	100

Gráfico # 7



Fuente: Adolescentes embarazadas atendidas en el Centro de Salud Manta

Elaborado por: Cindy Lucas. Autora de la tesis

#### **ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS**

En cuanto al acompañamiento del control pre natal, el 28% responde que fueron acompañadas por su pareja, el 24% por los padres, el 24% por familiares cercanos y el restante 24% que lo hizo sola.

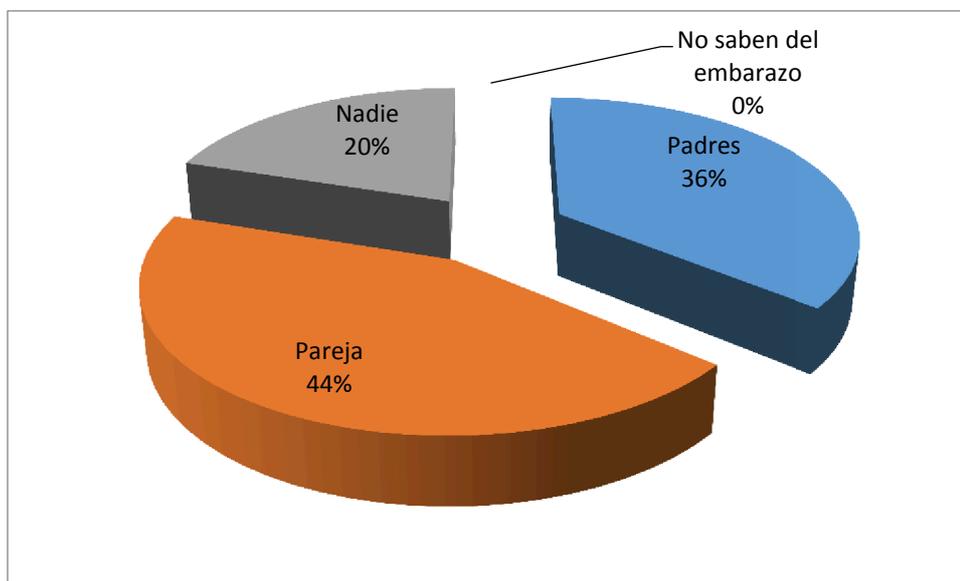
Es importante destacar que en su mayoría el control pre natal se realizó acompañada por un familiar cercano debido al desconocimiento y al temor de los procedimientos.

Pregunta # 8  
Preocupación de controles

Tabla # 8

Alternativas	Frecuencia	Porcentaje
Padres	9	36
Pareja	11	44
Nadie	5	20
No saben del embarazo	0	0
Total	25	100

Gráfico # 8



Fuente: Adolescentes embarazadas atendidas en el Centro de Salud Manta

Elaborado por: Cindy Lucas. Autora de la tesis

**ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS**

El 44% de las adolescentes embarazadas que son atendidas en el Centro de Salud Manta responden que su pareja se preocupa del control pre natal, el 36% los padres y el restante 20% que nadie.

En este resultado se puede apreciar un considerable porcentaje en donde la preocupación por el control pre natal es exclusiva de la adolescente incidiendo en la decisión de llevar a cabo el mismo por desconocimiento de los beneficios.

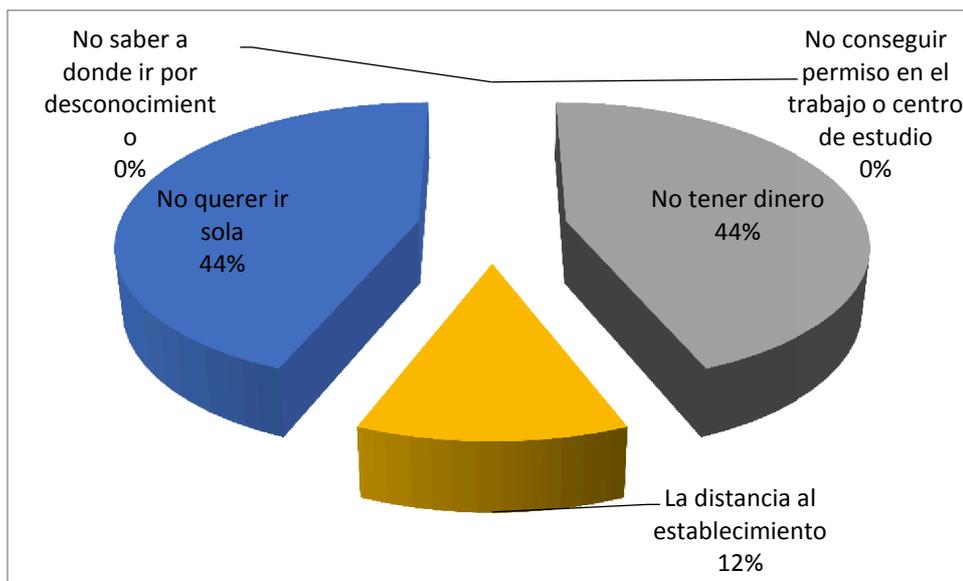
### Pregunta # 9

Motivo por el cual no acudió a un establecimiento de salud para el inicio del control pre natal

Tabla # 9

Alternativas	Frecuencia	Porcentaje
No saber a dónde ir por desconocimiento	0	0
No conseguir permiso en el trabajo o centro de estudio	0	0
No tener dinero	11	44
La distancia al establecimiento	3	12
No querer ir sola	11	44
Total	25	100

Gráfico # 9



Fuente: Adolescentes embarazadas atendidas en el Centro de Salud Manta

Elaborado por: Cindy Lucas. Autora de la tesis

#### **ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS**

El 44% de las adolescentes embarazadas que son atendidas en el Centro de Salud Manta responden que aquello que influyó para acercarse a los controles pre natales es el no querer ir sola, el 44% por problemas económicos y el 12% por la distancia al establecimiento. Los factores socio económicos son aquellos que influyen en el control pre natal los cuales pueden ser resueltos por familiares o la pareja.

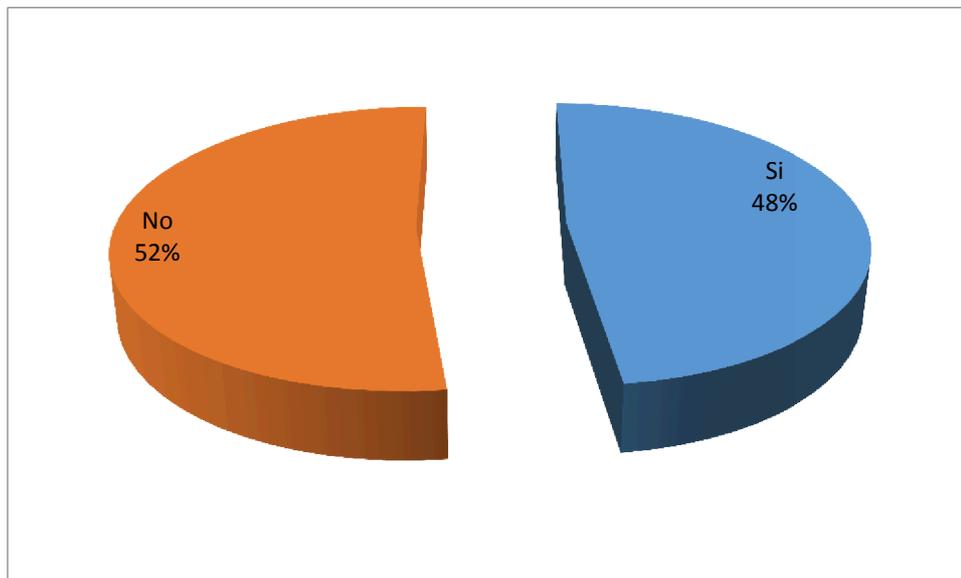
### Pregunta # 10

Inicio de control pre natal después de saber que estaba embarazada

Tabla # 10

Alternativas	Frecuencia	Porcentaje
Si	12	48
No	13	52
Total	25	100

Gráfico # 10



Fuente: Adolescentes embarazadas atendidas en el Centro de Salud Manta

Elaborado por: Cindy Lucas. Autora de la tesis

#### **ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS**

El 48% de las adolescentes embarazadas que son atendidas en el Centro de Salud Manta responden empezaron su control pre natal inmediatamente conocieron de su embarazo, el restante 52% que no lo hicieron sino tiempo después.

El porcentaje de adolescentes embarazadas que no se atendieron en el control pre natal en forma regular es considerable pues no asistieron apenas supieron de su estado.

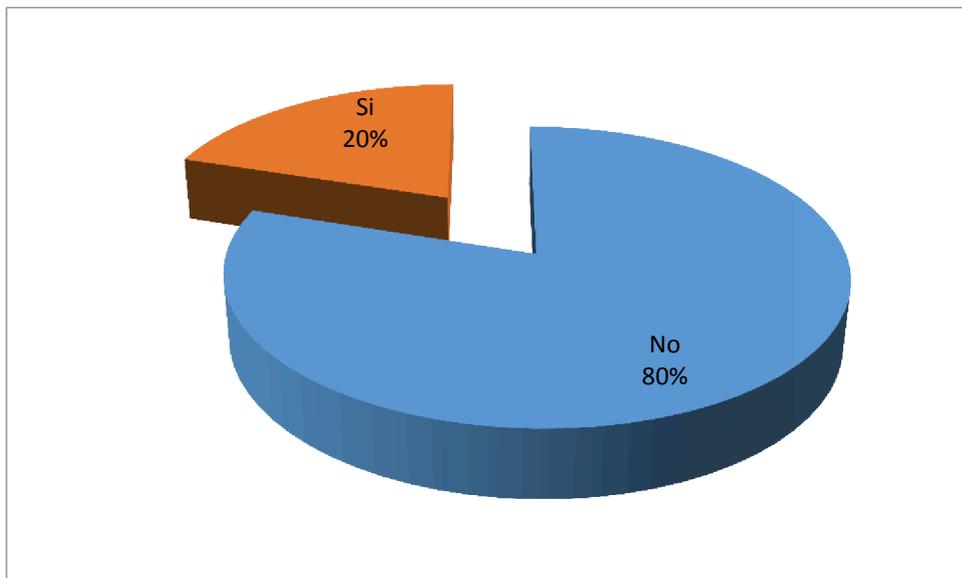
### Pregunta # 11

Conocimiento de lo que es el control pre natal

Tabla # 11

Alternativas	Frecuencia	Porcentaje
Si	5	20
No	20	80
Total	25	100

Gráfico # 11



Fuente: Adolescentes embarazadas atendidas en el Centro de Salud Manta

Elaborado por: Cindy Lucas. Autora de la tesis

#### **ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS**

En esta pregunta, el 80% de las adolescentes responden que No tienen conocimiento de lo que es el control pre natal, mientras que el 20% manifiestan Si tener conocimiento.

La mayoría de adolescentes no tienen conocimiento sobre el control pre natal debido a factores de tipo personales.

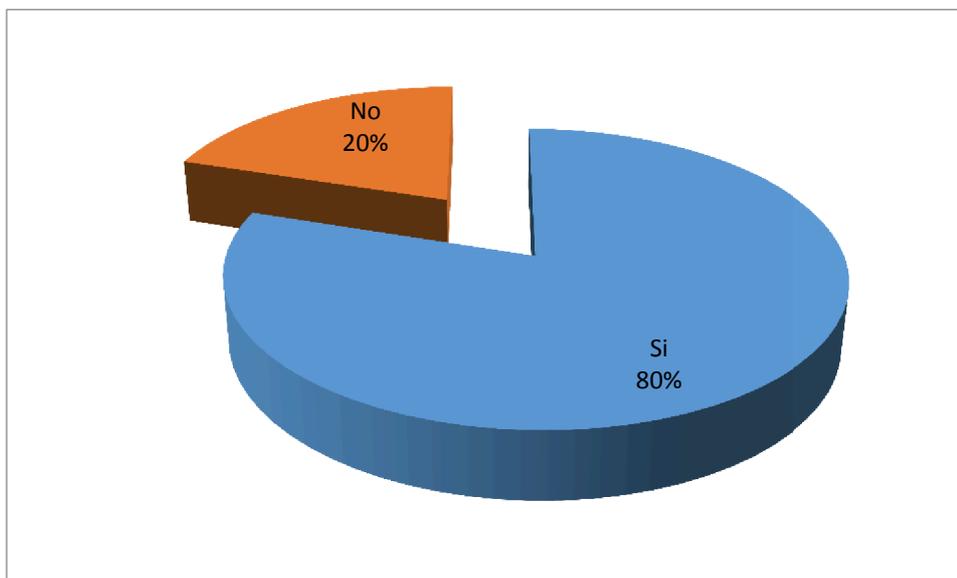
### Pregunta # 12

Conocimiento de los beneficios del control pre natal

Tabla # 12

Alternativas	Frecuencia	Porcentaje
Si	20	80
No	5	20
Total	25	100

Gráfico # 12



Fuente: Adolescentes embarazadas atendidas en el Centro de Salud Manta

Elaborado por: Cindy Lucas. Autora de la tesis

#### **ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS**

En esta pregunta, el 80% de las adolescentes responden que si tienen conocimiento de los beneficios del control pre natal, mientras que el 20% manifiestan no tener conocimiento.

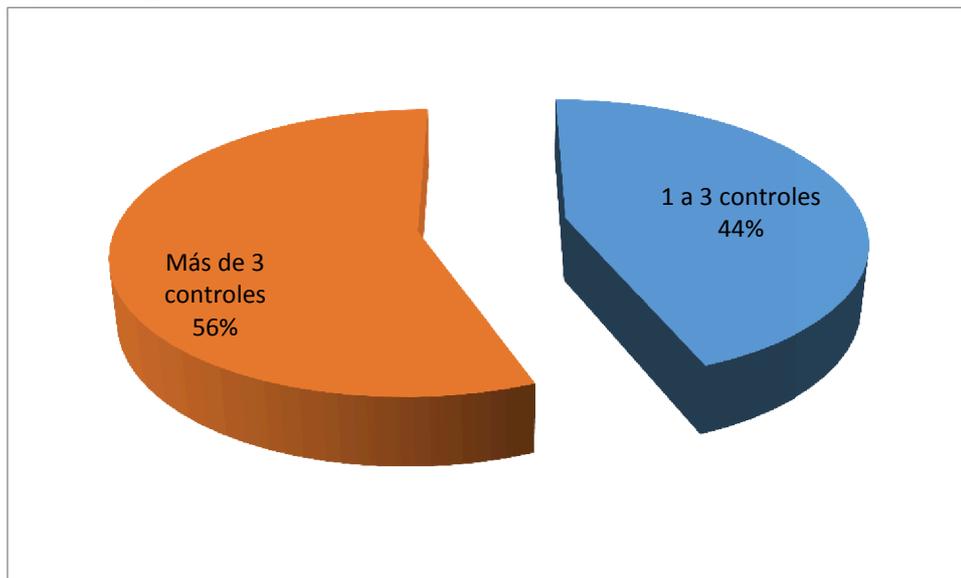
La mayoría de adolescentes tienen conocimiento sobre los beneficios del control pre natal pero de forma superficial, debido a ello no le toman mucha importancia.

Pregunta # 12  
Controles que se ha realizado

Tabla # 12

Alternativas	Frecuencia	Porcentaje
1 a 3 controles	11	44
Más de 3 controles	14	56
Total	25	100

Gráfico # 12



Fuente: Adolescentes embarazadas atendidas en el Centro de Salud Manta

Elaborado por: Cindy Lucas. Autora de la tesis

**ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS**

En esta pregunta, el 56% de las adolescentes embarazadas responden que tienen más de tres controles durante su proceso de gestación, mientras que el 44% manifiestan que llevan de uno a tres controles.

Se destaca que la mayoría de las gestantes tienen más de 12 semanas de embarazo debido al número de controles que se han realizado.

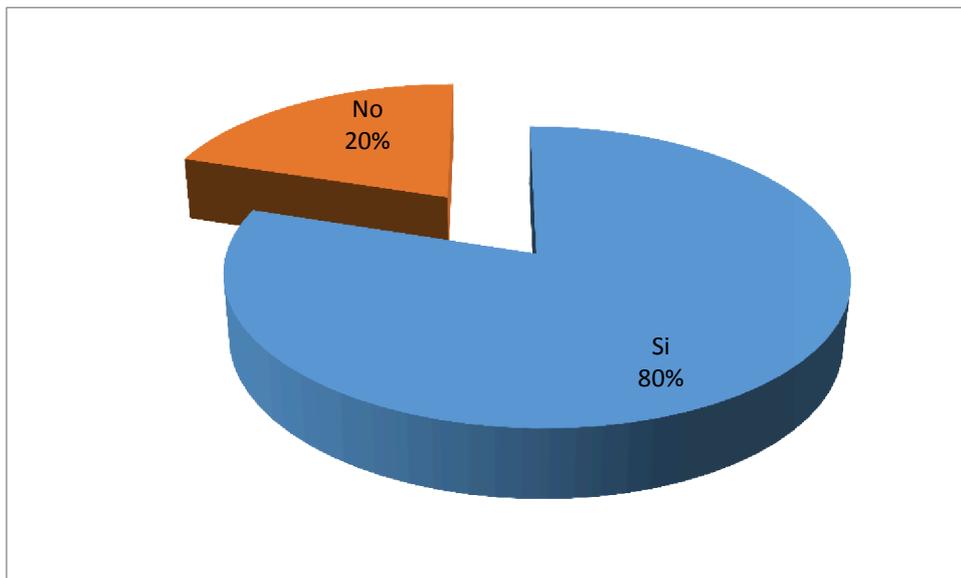
Pregunta # 13

Conocimiento de importancia de realizarse un control pre natal oportuno.

Tabla # 13

Alternativas	Frecuencia	Porcentaje
Si	20	80
No	5	20
Total	25	100

Gráfico # 13



Fuente: Adolescentes embarazadas atendidas en el Centro de Salud Manta

Elaborado por: Cindy Lucas. Autora de la tesis

**ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS**

En esta pregunta, el 80% de las adolescentes responden que si tienen conocimiento de la importancia del control pre natal oportuno, mientras que el 20% manifiestan no tener conocimiento.

La mayoría de adolescentes tienen conocimiento sobre los beneficios del control pre natal oportuno.

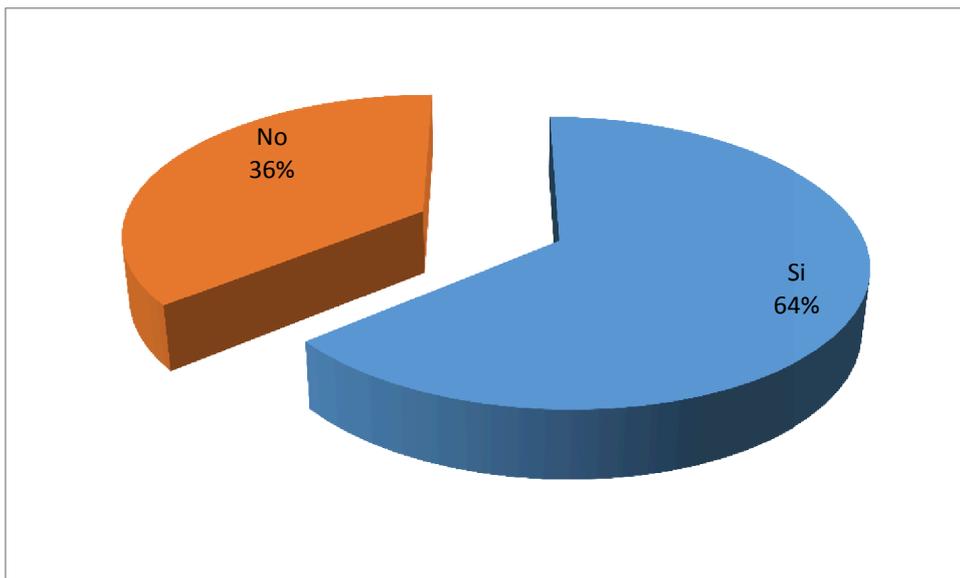
#### Pregunta # 14

Conocimiento de los riesgos que ocasionan al no asistir a una consulta prenatal.

Tabla # 14

Alternativas	Frecuencia	Porcentaje
Si	16	64
No	9	36
Total	25	100

Gráfico # 14



Fuente: Adolescentes embarazadas atendidas en el Centro de Salud Manta

Elaborado por: Cindy Lucas. Autora de la tesis

#### **ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS**

El 64% de las adolescentes embarazadas encuestadas responden que si tienen conocimiento de los riesgos que ocasiona el no asistir a una consulta de control pre natal, mientras que el 36% que no tienen conocimiento.

La mayoría de adolescentes tienen conocimiento sobre los beneficios del control pre natal oportuno pero existe un considerable porcentaje que no tiene conocimiento de los riesgos de no asistir.

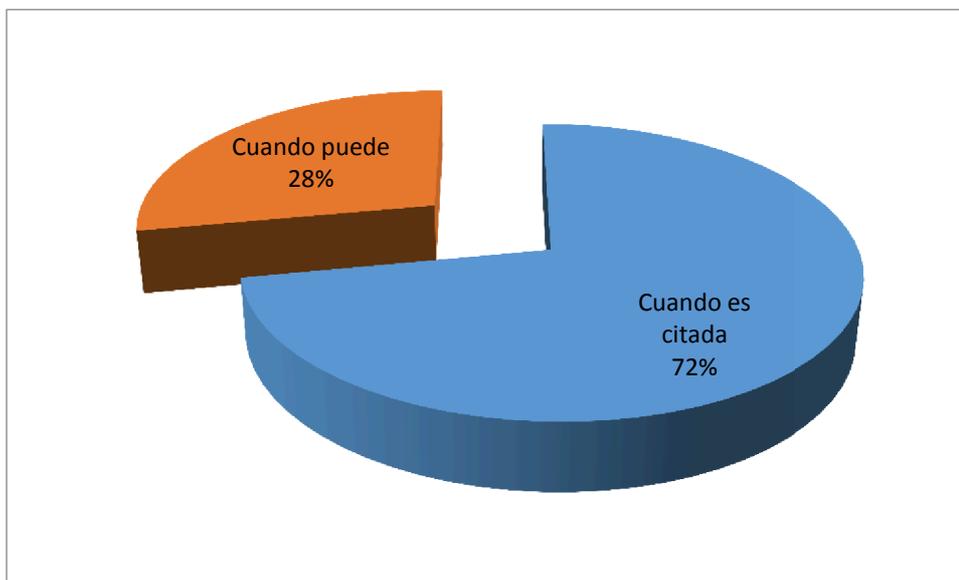
Pregunta # 15

Frecuencia que asiste a control pre natal.

Tabla # 15

Alternativas	Frecuencia	Porcentaje
Cuando es citada	18	72
Cuando puede	7	28
Total	25	100

Gráfico # 15



Fuente: Adolescentes embarazadas atendidas en el Centro de Salud Manta

Elaborado por: Cindy Lucas. Autora de la tesis

**ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS**

El 72% de las adolescentes embarazadas encuestadas responden que asisten a control pre natal cuando son citadas, mientras que el 28% responde que cuando puede.

Un porcentaje considerable asiste a control pre natal pero existe un cierto número que debe ser tenido en cuenta que no asiste en forma regular.

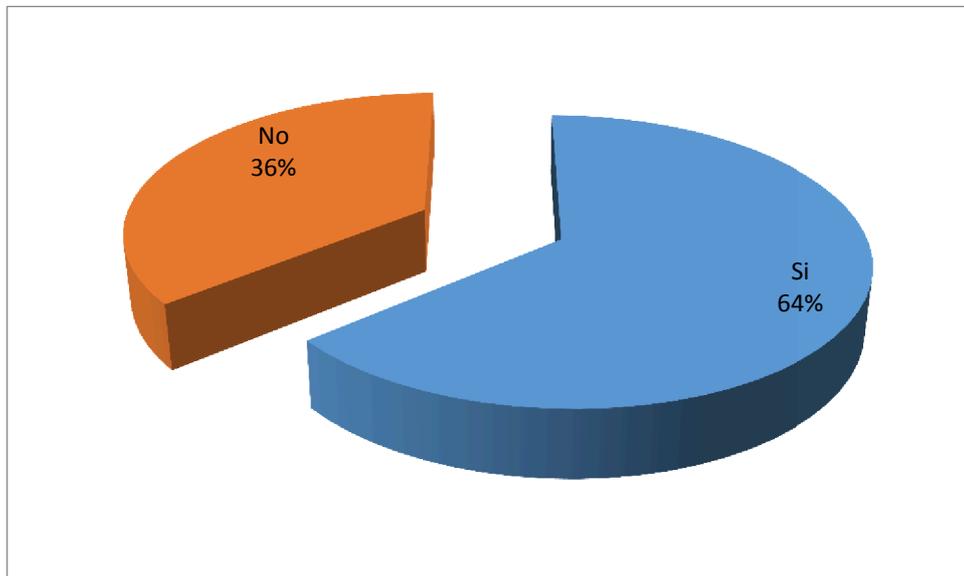
### Pregunta # 16

Ha recibido charlas educativas por el personal de salud en cuanto a la importancia del control pre natal y sus beneficios

Tabla # 16

Alternativas	Frecuencia	Porcentaje
Si	16	64
No	9	36
Total	25	100

Gráfico # 16



Fuente: Adolescentes embarazadas atendidas en el Centro de Salud Manta

Elaborado por: Cindy Lucas. Autora de la tesis

#### **ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS**

El 64% de las adolescentes embarazadas encuestadas responden que si han recibido charlas educativas por parte del personal de salud en cuanto a la importancia del control pre natal y sus beneficios, mientras que el 36% responde que no.

Es importante la capacitación de las adolescentes embarazadas en cuanto a los beneficios del control pre natal para llegar a feliz término su gestación.

## Conclusiones

Luego de analizar los resultados se puede llegar a las siguientes conclusiones:

1. Revisando las fuentes bibliográficas, se puede establecer la gran importancia del control prenatal en las adolescentes embarazadas, así mismo el MSP se mantiene en constancias actualizaciones en cuanto al tema.
2. Las adolescentes embarazadas se mostraron accesibles y colaboradoras al brindar los datos obtenidos a través de la encuesta, obteniendo los siguientes resultados. De las 25 madres adolescentes, el 80 % desconocen sobre el control prenatal y su importancia en el embarazo, además de los riesgos que podrían ocasionar al no llevar un control prenatal continuo ya que la mayoría de ellas se encuentran dentro de la etapa de la adolescencia en donde su estado de madurez necesita de apoyo de familiares, pareja, y entidades de salud.
3. Entre los principales factores que incidieron a que las madres adolescentes embarazadas no acudan al control prenatal fueron: el factor socioeconómico, el no acompañamiento de pareja o familiar, el nivel de conocimientos de los futuros padres, el apoyo familiar ante el embarazo.
4. El Factor demográfico influyó al inicio de una atención prenatal pues un considerable número de ellas manifestó algún problema para acceder a tiempo al establecimiento de salud por la distancia, tiempo y los recursos económicos que les genera a ir a la institución.
5. Debido a que en la unidad de atención de salud no existe un plan de capacitación continua que permita informar de manera adecuada acerca del control prenatal así como el debido seguimiento a las madres, se propuso esta actividad preventiva a los directivos de salud, el mismo que obtuvo buena acogida y aceptación.

## **Recomendaciones**

Con los resultados y las conclusiones a las que se ha llegado, se pueden establecer las siguientes recomendaciones:

- Sugerir el personal de salud de manera constante reciba capacitación, seminarios valiéndose de la bibliografía necesaria y con el fin de que las usuarias reciban un servicio de calidad.
- Los resultados podrían fundamentar nuevas estrategias para la Atención Prenatal en madres adolescentes que acuden al Centro de Salud Manta.
- Se debe realizar un estudio tipo cualitativo que permita analizar con mayor acercamiento los factores protectores y de riesgo para la búsqueda de atención prenatal por parte de la adolescente embarazadas.
- Concientizar la participación de la pareja acerca de la importancia del acompañamiento a la atención prenatal, más aún en los Adolescentes, pudiendo realizarse talleres sobre cuidados de embarazo en los colegios y/o universidades.
- Dar educación a las adolescente no sólo en cuanto a anticoncepción y sexualidad sino también sobre promoción de salud y prevención riesgos durante el embarazo, pues las adolescentes embarazadas que reciben la atención prenatal de forma tardía, representan el grupo de adolescentes en mayor riesgo de padecer complicaciones durante el embarazo y en el mismo momento de parto asimismo son aquellas más predispuestas a tener hijos con mayores complicaciones.
- Diseñar un plan de capacitación continua acerca de la importancia y asistencia continua al control prenatal.

## **PROPUESTA**

### **Plan de capacitación continua acerca los beneficios del control prenatal a las adolescentes embarazadas**

#### **Título:**

Capacitación acerca los beneficios del control prenatal a las adolescentes embarazadas.

#### **Introducción**

La adolescencia es una etapa de transición de los 11 años hasta los 19, etapa en que se suceden cambios corporales y psicológicos, la aparición de la primera menstruación o menarquía en la niña y la ovulación. a la que comúnmente llamamos pubertad, en ella la aparición de la menstruación en la mujer que es un símbolo identificador que ya puede ser madre.

Según la OPS año 2011, en Latinoamérica, el 40% de los jóvenes a los 15 años tienen una vida sexual activa, y de este grupo el 15% ya han sido madres o han estado embarazadas.

En nuestro estudio en cuanto al rango de edad el mayor porcentaje de adolescentes embarazadas se presentó en pacientes de 15 a 19 años de edad con el 56%, mientras que en el rango de 18 años fue de 34%, y el menor porcentaje lo presento las pacientes de 12 a 14 años con el 10%.

De igual manera se constató que de las 25 madres adolescentes, el 80 % desconocen sobre beneficios del control prenatal y su importancia en el embarazo, además de los riesgos que podrían ocasionar al no llevar un control continuo ya que la mayoría de ellas se encuentran dentro de la etapa de la adolescencia donde el grado de responsabilidad es menor debido a la inmadurez psicológica.

#### **Justificación**

Esta propuesta tendrá como beneficiarias directas a las adolescentes embarazadas que se atienden en el Centro de Salud manta, pues contarán con

el apoyo, la guía y la orientación necesaria dentro de proceso de embarazo y el respectivo control prenatal.

Su aplicación se justifica tácitamente de acuerdo a los resultados que se obtuvieron en la aplicación de los instrumentos de recolección de información (encuestas, entrevistas) y en la que se puede constatar su nivel de conocimiento es muy deficiente y debido a esta problemática es lo que determina la necesidad de un proceso de capacitación continua acerca los beneficios del control prenatal.

## **Objetivos**

### **Objetivo General**

Capacitar a las adolescentes embarazadas sobre la importancia y beneficios del control pre natal a través de un plan de capacitación continua con la finalidad de que las adolescentes acudan al médico para proteger la vida tanto de la madre como de su producto.

### **Objetivos Específicos**

- Planificar sobre la importancia y beneficios del control pre natal.
- Elaborar el cronograma de capacitación sobre el tema, en la institución mencionada.
- Consensuar la programación y ejecutarla con la participación de los equipo de salud/ autoridades de salud del Centro de Salud Manta.
- Evaluar en forma periódica el proceso de capacitación de la propuesta

**Capacitación a las adolescentes embarazadas sobre la importancia y beneficios del control pre natal.**

**AGOSTO**

ACTIVIDADES	MES	SEMANAS																							
	DIAS	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
1.- Planificación de eventos (financiamiento)					■																				
2.- Reunión con participantes						■																			
3.- Taller # 1: El Control pre natal							■																		
Taller # 2 Situaciones de riesgo de las adolescentes embarazadas									■																
4.- Taller # 3 Actividades de prevención Durante el embarazo Aplicación práctica										■															
5.- Evaluación de avances											■														
6.-Aplicación de procesos de prevención utilizando los conocimientos adquiridos													■												
7.- Realización de taller informativo y de evaluación final del proyecto																								■	

# ANEXOS



Educación a las madres adolescentes sobre los beneficios del control prenatal las mismas que se atienden en el Centro de Salud Manta





Entrevista a funcionario del Centro Salud Manta



Proceso de control prenatal que se realiza en el Centro de Salud Manta



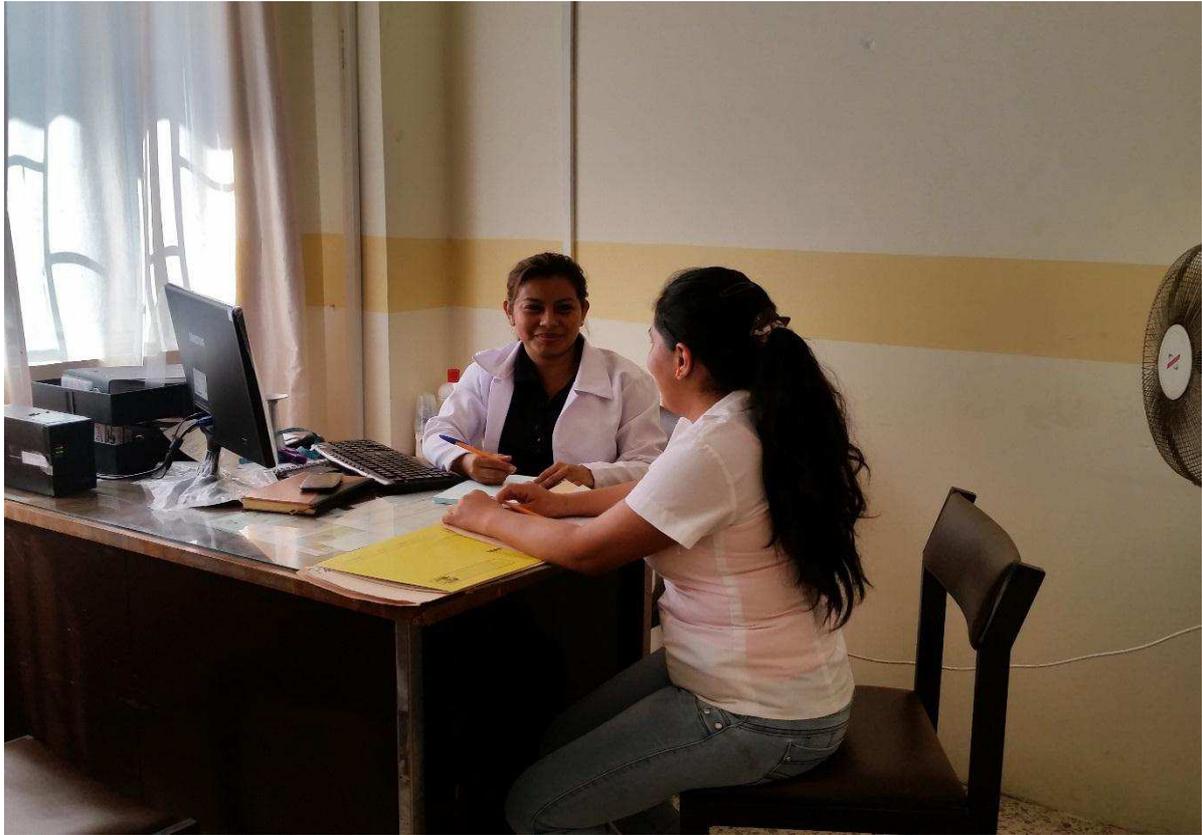
Control prenatal a adolescente embarazada en el Centro de Salud Manta





En el proceso de encuesta a las madre adolescentes que se atienden en el Centro de Salud Manta





Presentación de propuesta a autoridad de salud.



UNIVERSIDAD LAICA ELOY ALFARO DE MANABI  
FACULTAD DE ENFERMERIA



ENCUESTA REALIZADA A ADOLESCENTES EMBARAZADAS

**BENEFICIOS DEL CONTROL PRENATAL EN ADOLESCENTES**

Marque con una X las siguientes alternativas

**1.- QUE EDAD TIENES?**

**2. ¿Qué grado de instrucción tiene Ud.?**

- Primaria
- Secundaria
- Superior
- No estudia

**3. ¿Con quiénes vives Actualmente?**

- Con padres
- Con padres más pareja
- Con suegros más pareja
- Con pareja
- Sola

**4. ¿Qué edad tiene tu pareja?**

- 1.-Menos de 20 años\_\_\_
- 2.-De 20 a 25 años\_\_\_\_\_
- 3.-De 26 a 30años\_\_\_\_\_
- 4.-Más de 30 años\_\_\_

**5. ¿Cuál fue tu actitud al enterarte de tu embarazo?**

- 1 Aceptación\_\_\_
- 2 Rechazo\_\_\_
- 3 confusa\_\_\_

**6. ¿Cuál fue la actitud de tu pareja al enterarse de tu embarazo?**

- 1 Aceptación\_\_\_
- 2 Rechazo\_\_\_
- 3confuso----
- 4 No sabe aun\_\_\_

**7. ¿Quién te acompaña a tu primer Control Prenatal?**

- Padres\_\_\_
- Pareja \_\_\_
- Familiares\_\_\_
- Sola\_\_\_

**8.- ¿Quiénes se preocupan por tus controles. ?**

- Padres\_\_\_
- Pareja\_\_\_
- Nadie\_\_\_
- No saben del embarazo \_\_\_

**9.¿Cuál fue el principal motivo por el cual dudaste en acceder a un establecimiento de salud lo más temprano posible para el inicio del control prenatal?**

1. No saber a dónde ir, por desconocimiento de recursos de asistencia prenatal.
2. No conseguir permiso en el trabajo y/o centro de estudio.
3. No tener dinero para la consulta, y/o problemas económicos.
4. La distancia al establecimiento de salud.
5. No querer ir sola

**10.- ¿Iniciaste tu control prenatal después de saber que estabas embarazada?**

Sí\_\_\_ No

9.-¿Sabe que es el control prenatal?

Si

No

**11.- Conoces los beneficios del control prenatal?**

**12.- ¿Cuántos controles te has realizado?**

De uno a tres controles

Más de tres controles

**13.- ¿Sabe cuál es la importancia de realizarse un control prenatal oportuno?**

Si

No

**14.- ¿Conoce los riesgos que ocasionan al no asistir a una consulta prenatal?**

Si

No

**15.- ¿Con qué frecuencia asiste usted al Control prenatal?**

Cuando es citada

Cuando usted puede

**16.- ¿Ha recibido charlas educativas por el personal de salud en cuanto a la importancia del control prenatal y sus beneficios?**

Si

No.

## Bibliografía

- Aguilar, MJ. (2013). *Tratados de enfermería pediátrica*. México.: Cuidados pediátricos.
- Caballero, L. (2013). *Ginecología clínica*. Madrid. España.: Editorial Panamericana.
- Cabero, L. (2012). *Tratado de ginecología y medicina de la reproducción*. Barcelona. España.: Editorial Panamericana.
- Cobos, L. (2013). *Factores que influyen en la atención prenatal en adolescentes*. Libertad. Santa Elena. Ecuador: Tesis. Universidad Estatal de la Península de Santa Elena.
- Estupiñan, MR. (2011). *Aspectos psicosociales en universitarias*. Argentina: Editorial Nuevo Mundo.
- Hernandez, Manuel. (2006). *Tratado de nutrición*. USA: Edicion SA.
- Jimenez, J. (2009). *Análisis de los pronósticos materno y perinatal corto y medio plazo de las gestantes adolescentes*. Mexico: Editorial Salud.
- León, P y otros. (2011). *Embarazo adolescente*. Colombia: Ediorial de Salubridad.
- Lugo, A. (2012). *El mundo afectivo de las adolescentes embarazadas*. México: Editorial Trillas.
- Martinez, Jose. (2003). *Nutricion y dietetica*. Chile: Sistesis 1 edicion.
- PERLEMUTER, L. (2004). *Diccionario de enfermería*. España: enciclopedia practica.
- Ramirez, J. (2011). *Patología materna y embarazo: patología digestiva, dermatológica, anemias, cardiopatías*. México: Editorial Salud.
- Risueño, A. (2012). *La adolescencia existe o existen adolescentes. La adolescencia como constructo*. Colombia: Editorial Vida Nueva.
- Ibarra, CH. (2011). *Metodología de la investigación*. Recuperado el 15 de 12 de 2015, de Metodología de la investigación: <http://metodologadelainvestigacinsiis.blogspot.com/2011/10/tipos-de-investigacion-exploratoria.html>
- INEC. (2014). *Embarazos adolescentes en el Ecuador*. Recuperado el 30 de 07 de 2016, de [http://www.inec.gob.ec/inec/index.php?option=com\\_content&view=article&id=495:mas-de-122-mil-madres-en-el-pais-son-adolescentes&catid=68:boletines&Itemid=51&lang=es](http://www.inec.gob.ec/inec/index.php?option=com_content&view=article&id=495:mas-de-122-mil-madres-en-el-pais-son-adolescentes&catid=68:boletines&Itemid=51&lang=es)
- Mendoza, R. (2009). *Investigación cualitativa y cuantitativa - Diferencias y limitaciones*. Recuperado el 15 de 12 de 2015, de Investigación cualitativa

y cuantitativa - Diferencias y limitaciones:  
<http://www.monografias.com/trabajos38/investigacion-cualitativa/investigacion-cualitativa.shtml>

MSP. (2015). *Control prenatal. Guía de práctica clínica*. Recuperado el 10 de 08 de 2016, de <http://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2014/05/GPC-CPN-final-mayo-2016-DNN.pdf>

MSP. (2015). *Una mirada actual a la mortalidad materna*. Recuperado el 10 de 08 de 2016, de [http://iussp.org/sites/default/files/event\\_call\\_for\\_papers/301012PaperKorea\\_Ecuador.pdf](http://iussp.org/sites/default/files/event_call_for_papers/301012PaperKorea_Ecuador.pdf)

Murcia, L. y otros. (2012). *Ventajas de la reproducción humana natural*. Recuperado el 06 de 06 de 2016, de <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/832/83211402007.pdf>

Noguera, A. (2010). *Calidad de atención prenatal a partir del usuario externo*. Recuperado el 06 de 06 de 2016, de <http://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/calidad-atencion-prenatal-usuario/3/>

Profamilia. (2010). *Encuesta nacional de demografía y salud*. Recuperado el 06 de 06 de 2016, de <http://www.profamilia.org.co/encuestas/Profamilia/Profamilia/images/stories/PDF-capitulos/Capitulo-5.pdf>

Secretaría de salud. (2011). *Prevención del embarazo no planeado en los adolescentes*. Recuperado el 06 de 06 de 2016, de <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/DOCSAL7201.pdf>

UNICEF. (2010). *Hechos sobre adolescencia y jóvenes en América Latina*. Recuperado el 06 de 06 de 2016, de [http://www.unicef.org/lac/Fast\\_facts\\_SP\(1\).pdf](http://www.unicef.org/lac/Fast_facts_SP(1).pdf)

#### CONSENTIMIENTO

Con la presente tengo a bien brindar mi CONSENTIMIENTO a la Est. Cindy Elizabeth Lucas Barcia con el fin de que pueda llevar a cabo el proceso de toma de datos a través de encuesta para el trabajo de titulación titulado BENEFICIOS DEL CONTROL PRENATAL DE MADRES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD MANTA y que los resultados sean utilizados exclusivamente para el estudio en mención.



FIRMA



**ENCUESTA REALIZADA A ADOLESCENTES EMBARAZADAS**  
**BENEFICIOS DEL CONTROL PRENATAL EN ADOLESCENTES**  
**Marque con una X las siguientes alternativas**

1. ¿Con quiénes vives Actualmente?

- Con padres   
Con padres más pareja  
Con suegros más pareja  
Con pareja

2. ¿Quién te acompaña a tu primer Control Prenatal?

Padres  Pareja  Familiares

3. ¿Quiénes se preocupan por tus controles. ?

- 1.-Padres   
2.-Pareja   
3.- No saben del embarazo

4. ¿Qué edad tiene tu pareja?

- 1.-Menos de 20 años  2.-De 20 a 25 años  3.-De 26 a 30 años  4.-Más de tres años

5. ¿Qué grado de instrucción tiene Ud.?

- Primaria  
Secundaria   
Superior  
No estudia

6. ¿Cuál fue la actitud de tu pareja al enterarse de tu embarazo?

- 1 Aceptación  2 Rechazo  3 No sabe aun

7. ¿Cuál fue el principal motivo por el cual dudaste en acceder a un establecimiento de salud lo más temprano posible para el inicio del control prenatal?

1. No saber a dónde ir, por desconocimiento de recursos de asistencia prenatal.  
2. No conseguir permiso en el trabajo y/o centro de estudio.  
3. No tener dinero para la consulta, y/o problemas económicos.  
4. La distancia al establecimiento de salud.  
5. No querer ir sola

8.- ¿Iniciaste tu control prenatal después de saber que estabas embarazada?

Sí  No

Obst. Mariana Suarez B.  
DISTRITO DE SALUD No. 2  
C. S. MANTA  
REG. MSP. L. 5-F. 269-804

9.-¿Sabe que es el control prenatal?

Si ✓

No

No sabe

10.- ¿Cuántos controles te has realizado?

De uno a tres controles ✓

Más de tres controles

11.- ¿Sabe cuál es la importancia de realizarse un control prenatal oportuno?

Si ✓

No

No sabe

12.- ¿Conoce los riesgos que ocasionan al no asistir a una consulta prenatal?

Si

No ✓

No sabe

13.- ¿Con qué frecuencia asiste usted al Control prenatal?

Cuando es citada ✓

Cuando usted puede

14.- ¿Ha tenido charlas ofrecidas por el personal de salud del Subcentro?

Si ✓

No.

15.- ¿Qué alimentos consume durante el embarazo?

Frutas Cereales ✓

Verduras Otros

Obst. Mariana Suarez B.  
DISTRITO DE SALUD No. 3  
D. S. MANTA  
RUC. MBR.L.0 - 5.265 004

CHARLAS DE CONTROL PRE NATAL

Apellidos y nombres	# Cedula	Firma
Lino López Ma. Gabriela	131076894-8	<i>[Firma]</i>
Roca Lino Ashley Dorella	095423894-5	<i>[Firma]</i>
Aris Estrada Ortega	131284672-6	<i>[Firma]</i>
Silvana M. Caza Delgado	131341264-3	<i>[Firma]</i>
Angela Rosa Mera Pico	131175879-9	<i>[Firma]</i>
Jannina Abigail Barreto Totiven	135122059-3	<i>[Firma]</i>
Marin Anchundia Verónica	131273358-5	Veronica Marin
Gabriela Rocio Garcia Cedeño	131497880-8	Gabriela Garcia
Gilda Rengifo	131508000-0	Gilda Rengifo
Gema Rengifo		Gema Rengifo
Carolina Bermello Cedeño	131457220-5	<i>[Firma]</i>
Damaris Delgado Garcia	131585664-1	<i>[Firma]</i>
Erica Cedeño Zambrano	131260425-7	<i>[Firma]</i>
MARIA PALACIOS ALONZO	1313360313	MARIA PALACIOS
Isabel Holguin Mero	131174223-1	Isabel Holguin Mero
LEYDA ARTEAGA ZAMBRANO	131156014-6	LEYDA ZAMBRANO.
Carmen Zambrano Bazurto.	131038361-5	Carmen Zambrano.
Lourdes Cedeño Zambrano	131260426-5	<i>[Firma]</i>

Obst. Mariana Suarez B.  
 DISTRITO DE SALUD No. 2  
 C. S. MANTA  
 REG. MOP. L. 5 - 260 - 304

CHARLAS DE CONTROL PRE NATAL

Apellidos y nombres	# Cedula	Firma
Cynthia Castro Rodriguez	131613590-2	
Belinda Tamburano Anelunda	131327579-2	Belinda Tamburano
Lety Arteaga Soza	131260852-2	<del>Lety Arteaga</del>
Andrea Loay Alonzo	131474540-5	Andrea loay A.
Deisy Esmeraldas	131268552-0	
Raquel Gonzalez	130907548-6	
Lola Chaire, Velz	1303405664	Lola Chaire
Wllegio Acariva Veronica	131022769-9	<del>Wllegio Acariva</del>
Pico Lopez Maria	131168485-9	Maria Pico
Marysela Cruz	1309624753	
Vanesa Selbach Castro	130630718-0	Vanesa Selbach
Mariano Diaz Tamburano	131207611-8	
Eloira Maria Lopez Holz	130765848-7	
Daura Lucas Bedeni	131087695-6	
Lorena Nereo Lopez	1312727319-3	
Amerson Espinosa Lopez	131683284-7	Amerson Espinosa L.
Victoria Macias Pringote	131072122-8	
Melissa Moreira Garcia	131529579-8	Melissa Moreira G.

Obst. Mariana Suarez B.  
 DISTRITO DE SALUD No. 2  
 C.S. MAPITA  
 REG. MSP L. 9-F 260-304



UNIVERSIDAD LAICA ELOY ALFARO DE M. I. B. I.  
 Creada el 10 de Septiembre de 1985  
 Facultad de Enfermería  
 Dirección: Cda. Universitaria Vía a San Mateo, Teléfono 2623740 Ext. 196  
 MANTA - ECUADOR



SEGUIMIENTO A TUTORÍAS  
 UNIDAD DE TITULACIÓN

DOCENTE: Dr. Rocío Quijpe O.

ALUMNO: Yessy Borja Cuidy

TEMA: Beneficios del control prenatal en mujeres adolescentes

FECHA	HORARIO	ACTIVIDAD	FIRMA		HORAS CUMPLIDAS	
			DOCENTE	ESTUDIANTE	VIRTUAL	PRESENCIAL
24-06-2016	10H00	Presentación, socialización de directivas	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>		X
01-02-2016	10H00	Revisión del Tema y orientación de preo a página	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>		X
8-07-2016	13H30	Revisión de Vitrocloni	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>		X
10-27-2016	20H00	Revisión de Obstáculos y Marco Teórico	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>	X	
15-07-2016	14H00	Revisión de Marco Teórico	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>		X
27-07-2016	9H49	Revisión de preguntas de Inicua	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>	X	
28-08-2016	17H54	Revisión de datos epidemiológicos	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>	X	
19-08-2016	14H00	Revisión de conclusiones y Recomendaciones	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>		X

Observación:



Sesión de tutoría del trabajo de investigación

