

INTRODUCCIÓN

La adolescencia es la etapa quizás más crucial del ser humano, por la gran turbulencia de transformaciones físicas y psíquicas que ella implica. Es entonces, como un puente que enlaza la niñez a la adultez, un puente, cuya resistencia o firmeza dependerá en gran medida del entorno donde se ubique el individuo, siendo ese entorno en primera instancia conformado por la familia.

El embarazo, ese fenómeno tan maravilloso se torna un problema, cuando se trata de un adolescente, en parte por la gran cantidad de repercusiones físicas, psíquicas y sociales que pueden acarrear. Significa la interrupción de ese transitar entre la niñez y la adultez; “es una mujer que siendo niña se ha convertido en madre”. Ciertamente algo complejo. Esta situación es bastante frecuente y ha motivado a innumerables estudios, la gran mayoría enfocados hacia la parte preventiva, la de evitar el embarazo, otras investigaciones se han avocado a la adolescente embarazada y a sus innumerables complicaciones, pero pocas de estas últimas, engloban el contexto y dan una visión holística de la problemática.

En nuestro país, en el año 2000, reportó que el 11% de adolescentes está gestando por primera vez, el 13% ya es madre, la Dirección nacional de salud en el año 2004, reportó que el 11 % de la población adolescente da a luz cada año, cifra que es alta en su proporción y limitando así el acceso a los servicios de salud. (1)

Si bien la adolescencia actúa sobre el embarazo como un factor de riesgo, que mantendrá su acción potencial a lo largo de la gestación, el parto y el puerperio, los peligros de la maternidad aumentan si la calidad de atención es inadecuada, Si consideramos que es frecuente encontrar infección del tracto urinario, anemia, enfermedad hipertensiva, parto pre término, bajo peso al nacer (BPN), Apgar bajo, asfixia perinatal y parto instrumentado. (2)

Por otra parte en el período del parto, las alteraciones en la presentación y posición fetal, se asocian con un desarrollo incompleto de la pelvis materna e incapacidad del canal del parto para permitir el paso fetal, conduciendo a un aumento de partos operatorios, a consecuencia de trabajo de parto prolongado y expulsivos laboriosos, favoreciendo las complicaciones traumáticas del canal vaginal, lo cual podría influir en la condición inmediata del recién nacido.

Estos hallazgos Según la OMS, en el año 2004, implicarían una de las razones para evitar el embarazo en adolescentes, debido al incompleto desarrollo óseo, la escasa masa mineral alcanzada, la relativa inmadurez del canal del parto y mayor riesgo de parto prematuro, sobre todo, en menores de 15 años, hecho que implica alto riesgo de lesiones anatómicas como desgarros, hemorragias e infecciones en un terreno materno que puede estar comprometido por desnutrición y anemia. (3)

Esta problemática constituye la principal motivación para abordar el tema en nuestra realidad, cuyo problema queda expresado en la siguiente interrogante ¿Cuáles son las causas del embarazo en las adolescentes y riesgos de complicaciones en el recién nacido en el Hospital Provincial General Docente de Riobamba?

El estudio es relevante por la magnitud del problema que va en aumento, así como las consecuencias que de él se derivan.

Sus alcances involucran el plano teórico, ya que a partir de los resultados se puede tener una aproximación y comprensión del problema en nuestra realidad, mientras que en el plano práctico, será un referente para orientar y mejorar la respuesta del sistema de salud, no solo en la atención del embarazo, sino para la intervención integral que involucre la sociedad civil y comunitaria en la prevención del embarazo precoz.

Para fines explicativos de la presente investigación, se estructuraron cuatro capítulos. En el primero, se identifica el problema central, sus objetivos y justificación de la investigación.

El segundo se enfoca al marco teórico, sustento científico de esta investigación, que comprende también la hipótesis y la operacionalización de las variables.

El tercero esta comprendido por el marco metodológico, que conforma la metodología a seguir en la investigación, la población y muestra, técnicas e instrumentos a utilizar. El cuarto capítulo, compuesto por el análisis y la interpretación de los datos, obtenidos en esta investigación.

El quinto capítulo, formado por las conclusiones y recomendaciones, que se realizaron en base a los datos obtenidos, en el transcurso de toda la investigación.

Por ultimo tenemos el sexto capítulo, que es la propuesta, misma que ha sido elaborada y diseñada con el objeto de aportar un medio educativo, para que en las áreas de salud, hospitales se difunda y se de a conocer el informativo, con la finalidad de dar una solución a este problema, logrando así su disminución.

En esta investigación, se pretende dar solución a la incidencia que tiene las causa de embarazos en las adolescente, y las complicaciones que pueden tener los recién nacidos, para ello estudiaremos a la adolescentes atendidas en el área de Ginecología y Obstetricia en el Hospital Provincial General Docente de Riobamba.

CAPÍTULO I

1.- PROBLEMATIZACIÓN.

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

La etapa de la adolescencia, suele traer en los jóvenes momentos de conflicto que no solo provienen del mundo juvenil, al cual están ingresando, sino también de reactivaciones de la antigua problemática infantil, que jamás quedó resuelta.

Los adolescentes, en la etapa transitoria del ciclo evolutivo de su vida, son vulnerables a desarrollar conductas negativas que los conduce a sumirse en el consumo de alcohol, drogas, tabacos, reunirse en grupos de pandillas, y la iniciación sexual temprana. Por lo mismo, las adolescentes enfrentan el reto de ser madres gestantes, sin estar preparadas para afrontar la responsabilidad, debido a su inmadurez tanto biológica como psicológica. Situación que muchas veces se genera en la inestabilidad emocional, llevándolos a tomar decisiones sin medir el riesgo, que afectan su propio futuro y el de sus hijos.

La población mundial de adolescentes, ha ascendido a más de 100 millones, es así que en los países en desarrollo 1 de cada 4 personas está en la adolescencia, a diferencia de 1 de cada 7 en los países desarrollados. (4)

El embarazo en edades cada vez más tempranas se está convirtiendo en un problema social, y de salud pública de alcance mundial.

Afecta a todos los estratos sociales, pero predomina en las clases de bajo nivel socioeconómico, en parte, debido a la falta de educación sexual, y al desconocimiento de los métodos de control de la natalidad.

El embarazo en la adolescencia, es una preocupación de estos tiempos. Estudios realizados han demostrado un rejuvenecimiento de la fecundidad, con gran incidencia en el grupo de edad comprendido entre 10 y 19 años, fundamentalmente a

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

Algunos autores plantean, que hay un incremento del 10% anual de mujeres con relaciones sexuales, a partir de los 12 años hasta los 19 años, el 25% de las adolescentes se embarazan, y el 60% de estos ocurren dentro de los 6 meses iniciales, de las primeras relaciones sexuales.(5)

Las adolescentes viven en un contexto de erotismo, desinformación y presiones. Hacer el amor no siempre responde a sus verdaderos deseos, pero los varones exigen la "prueba de amor".

¿Por qué se embarazan nuestras adolescentes? Muchos autores han descrito que esto ocurre debido a: reducción de la edad de pubertad, inicio precoz de las relaciones sexuales, falta de instrucción académica, desconocimiento de la sexualidad, el no uso de protección contraceptiva, en busca de afecto, por problemas domésticos, escasa percepción del riesgo, y la educación sexual "que no llega".(6)

En la ciudad de Riobamba, se ha detectado un incremento de los embarazos en las adolescentes, por lo que dentro de los factores de riesgo se encuentran los biológicos: aumento de la morbilidad materno-perinatal.

Los riesgos médicos del embarazo: trastornos digestivos, metrorragias, abortos espontáneos, anemia, infecciones urinarias, amenaza de parto pre término, hipertensión arterial gravídica, parto pre término y bajo peso al nacer, presentaciones fetales distócicas, desproporciones cefalopélvicas, trabajo de parto prolongado.

La adolescente gestante, no cuenta con la edad ni madurez emocional ni psicológica suficiente, para asumir la responsabilidad materna o paterna, lo cual se empeora con la poca o nula información que tiene los adolescentes, sobre su sexualidad (relacionadas al comportamiento sexual, identidad sexual, roles de género,

orientación sexual, al uso de métodos anticonceptivos, a la prevención de situaciones de riesgo y al desarrollo de la actividad sexual) mucho menos, sobre la precaución y previsión responsable que implica la espera de un bebé, en el momento del parto para un nacimiento sin peligro.

Así, los factores de riesgo, peligros y agresiones que puedan existir en el ambiente interno y externo de la propia madre pueden influir en el proceso de la gestación y, como consecuencia, generar en el bebé enfermedades infecto contagiosas, producidas por la influencia de factores biológicos y ambientales. El desenlace de tal contexto es traer al mundo bebés con alguna discapacidad, como problemas de bajo peso al nacer, prematuridad retardo del crecimiento intrauterino o hasta un (retardo mental, Síndrome de Down).

Frente a esta alarmante situación, en el año 2002 el Ministerio de Salud aborda por primera vez el problema del adolescente, publicando, en el Plan Nacional de Acción por la Infancia y la Adolescencia para el período 2002-2010, un eje temático de Salud Sexual y Salud Reproductiva, dentro del Programa de Promoción de la Salud en las Instituciones Educativas, a través de la Oficina de Tutoría y Prevención Integral, que es la responsable de llevar a cabo la acción preventiva promocional. (7)

La finalidad, entonces, es capacitar al personal de la salud, a los docentes de las instituciones educativas, a los asesores, tutores de los escolares para la orientación y formación de calidad de vida y salud, especialmente en el grupo de 12 a 19 años de edad.

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.

¿COMO INCIDEN LAS CAUSAS DEL EMBARAZO EN ADOLESCENTES SOBRE EL RIESGO DE COMPLICACIONES EN EL RECIÉN NACIDO EN EL ÀREA DE GINECOLOGÌA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL DOCENTE DE RIOBAMBA EN EL PERÌODO DE ENERO A JULIO DEL 2010?

1.3 OBJETIVOS.

1.3.1 OBJETIVO GENERAL:

Determinar como inciden las causas del embarazo en adolescentes sobre el riesgo de complicaciones en el recién nacido en el área de Ginecología y Obstetricia del Hospital Provincial General Docente de Riobamba en el período de enero a julio del 2010

1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1. Identificar las causas de embarazos en adolescentes atendidas en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Provincial General Docente de Riobamba.
2. Definir los riesgos de complicaciones en el recién nacido de madres adolescentes atendidos en el área de Ginecología y Obstetricia del Hospital Provincial General Docente de Riobamba.
3. Diseñar material educativo sobre las causas del embarazo en la adolescencia y los riesgos de complicaciones en el recién nacido.

1.4 JUSTIFICACIÓN:

Esta investigación se llevó a cabo por la alta incidencia de los embarazos en las adolescentes, y por sus complicaciones en los recién nacidos, estableciendo la necesidad de investigar las causas de los embarazos en las adolescentes y los riesgos de complicaciones en el recién nacido que acuden al área de ginecología y Obstetricia del Hospital Provincial General Docente de Riobamba.

Al determinar las causas de embarazo podremos brindar una adecuada atención, educación e implementar medidas de prevención.

Es importante, porque las madres adolescentes necesitan de nuevas y adecuadas técnicas de aprendizaje, dentro de la educación sexual, la misma se debe dar desde los hogares y las instituciones sanitarias, y así evitar los embarazos a tempranas edades, y sobre todo disfrutar su etapa de la adolescencia.

Esta investigación fue factible, porque contó con la colaboración de los actores a participes de esta investigación, las adolescentes que han sido atendidas en el Hospital Provincial General Docente de Riobamba en el área de Ginecología y Obstetricia.

Este proceso investigativo beneficiará directamente a un grupo de madres adolescentes y a los recién nacidos atendidos en el área de Ginecología y Obstetricia del Hospital Provincial General Docente de Riobamba.

CAPÍTULO II

2. MARCO TEÓRICO.

2.1. POSICIONAMIENTO TEÓRICO PERSONAL:

El presente trabajo de investigación, se fundamenta en paradigmas del materialismo dialectico, donde centra su atención, en el conocimiento de las causas de ocurrencia de un fenómeno, dentro de un proceso y su efecto, determinando el cambio y la transformación de la realidad, esta investigación se enmarca dentro de la base teórica, que sustenta que el embarazo, en este período de la vida es un problema de salud pública el mismo que tiene un gran impacto, por sus efectos negativos en el aspecto personal, familiar, social debido a que las adolescentes embarazadas aun no ha completado su desarrollo y esta sometido a varias condicionantes psicosociales y económicas desfavorables. En la etapa de la adolescencia temprana, la madre no esta preparada emocional ni intelectualmente para generar respuestas adecuadas a su situación y puede establecer una relación madre e hijo inadecuada, al no poder ofrecerle a su hijo, los cuidados maternos necesarios que requieren, por lo que analizaremos las causa del embarazo en las adolescentes y riesgos de complicaciones en recién nacidos.

2.2 FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

2.2.1.- BREVE DESCRIPCION DEL ÀREA DE ESTUDIO

El Hospital Provincial General Docente de Riobamba, es una Unidad del Sistema Nacional de Salud del Ministerio del Salud Pública, de segundo nivel de complejidad que se encuentra ubicado en la ciudad de Riobamba, provincia de Chimborazo, por su ubicación geográfica es un Hospital Provincial, que brinda una atención de salud integral a los usuarios ambulatorios y de internación y a la población del área de influencia de la provincia de Chimborazo.

El Hospital Provincial General Docente de Riobamba consta de los siguientes servicios:

- ❖ Consulta externa
- ❖ Emergencia
- ❖ Centro obstétrico
- ❖ Centro quirúrgico
- ❖ Área de unidad de cuidados intensivos
- ❖ Área de quemados
- ❖ Central de esterilización
- ❖ Laboratorio clínico
- ❖ Laboratorio histopatológico
- ❖ Laboratorio de imagenología
 - Rayos x
 - Ecosonografía
- ❖ Centro de estadística
- ❖ Área de fisioterapia
- ❖ Área de nutrición
- ❖ Área de educación para la salud
- ❖ Medicina interna
- ❖ Maternidad
- ❖ Pediatría
- ❖ Neonatología
- ❖ Cirugía

Todos estos servicios que brinda el Hospital Provincial General Docente de Riobamba, están al alcance de la población que requiera de sus servicios, ya que cuenta con recurso humano altamente capacitado actualmente, pero si existe un déficit de material y equipamiento en las diversas áreas de hospitalización.

CAPACIDAD DE LOS SERVICIOS DEL HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL DOCENTE DE RIOBAMBA.

En cuanto a la capacidad de los servicios del HPGDR el servicio de Gineco-Obstetricia cuenta con 72 camas, en cuanto al talento humano que labora en el servicio laboran 10 profesionales. **(Ver anexo 1)**

Laborando en el servicio 13 Licenciadas de Enfermería, 13 Auxiliares de Enfermería y 2 Internas Rotativas de Enfermería. **(Ver anexo 2)**

2.2.2. NIVEL DE COMPLEJIDAD

Jerárquicamente el Hospital Provincial General Docente de Riobamba, depende de la Dirección Provincial de Chimborazo y se halla conformado por el área Médica y Administrativa de la Dirección del Hospital. Se encuentra en el segundo nivel de complejidad de acuerdo a lo establecido por MSP ya que atiende con las cuatro especialidades básicas.

- ❖ Gineco – Obstetricia
- ❖ Medicina interna
- ❖ Cirugía
- ❖ Pediatría - Neonatología

2.2.3. FUNCION DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA.

Es la unidad técnica administrativa responsable de la administración del cuidado de enfermería, que se brinda a la madre, al niño y a las pacientes ginecológicas que por necesidades de atención ingresan a este servicio.

PATOLOGÍAS QUE SE ATIENDEN EN EL ÁREA DE GINECOLOGÍA:

SERVICIOS OBSTETRICOS

- ❖ Partos

- ❖ Puerperios inmediatos y mediatos
- ❖ Cesáreas
- ❖ **SERVICIOS GINECOLOGICOS**
- ❖ Alto riesgo del embarazo
 - Preclamsia
 - Eclampsia
 - Síndrome de HELLP
 - Hiperémesis gravídica
 - Amenazas de parto prematuro
 - Placenta previa
- ❖ Miomatosis
- ❖ Abortos
- ❖ Cáncer ginecológico

ACTIVIADES ESPECÍFICAS POR TURNO

TURNO DE LA MAÑANA

- ❖ Entrega y recepción de turno
- ❖ Registra materiales y medicamentos del coche de paro
- ❖ Registra y mantiene STOCK de insumos y medicamentos en la vitrina
- ❖ Administración de medicamentos
- ❖ Participa en la visita médica
- ❖ Prepara y ejecuta procedimientos específicos
- ❖ Envía a procedimientos específicos a las pacientes que lo ameritan (RX, ECOS, etc.)
- ❖ Transcribe prescripciones médicas a las hojas 005
- ❖ Toma muestras para exámenes de laboratorio y de cruz roja
- ❖ Realiza el ingreso y egreso de las pacientes
- ❖ Gestiona con servicio social en caso de ser necesario brinda cuidado directo a las pacientes
- ❖ Reportar pérdida de materiales y daños en los equipos

- ❖ Verifica la medicación que se retira de farmacia
- ❖ Coloca la medicación de cada paciente en los casilleros correspondientes en el coche
- ❖ Dar consejería de VIH

TURNO DE LA TARDE

- ❖ Entrega y recepción de turno
- ❖ Realiza la condición de pacientes
- ❖ Registra materiales y medicamentos del coche de paro
- ❖ Registra y mantiene STOCK de medicamentos en la vitrina
- ❖ Administra los medicamentos
- ❖ Chequea la administración de medicamentos en formulario 005
- ❖ Brinda consejería de VIH
- ❖ Da educación al paciente y a la familia
- ❖ Prepara y ejecuta procedimientos especiales en caso de ser necesario
- ❖ Registra signos vitales en formulario 020
- ❖ Envía muestras al histopatológico en caso de traer la paciente
- ❖ Toma muestras para exámenes de laboratorio
- ❖ Gestiona con servicio social en caso de ser necesario
- ❖ Recibe resultados de exámenes
- ❖ Supervisa al personal auxiliar
- ❖ Supervisa a las estudiantes de en enfermería (Internas de Enfermería)
- ❖ Reportar pérdida de materiales y daños en los equipos

TURNO DE LA NOCHE

- ❖ Entrega y recepción de turno
- ❖ Registra y mantiene STOCK de medicamentos en la vitrina
- ❖ Realiza la condición de pacientes y cierra el censo a la media noche
- ❖ Administra la medicación
- ❖ Toma muestras para exámenes de laboratorio

- ❖ Gestiona con servicio social en caso de ser necesario
- ❖ Recibe resultados de exámenes
- ❖ Prepara y ejecuta procedimientos especiales en caso de ser necesario
- ❖ Registra signos vitales en formulario 020
- ❖ Da educación al paciente y a la familia

2.2.4. ADOLESCENTE Y TIPOS DE ADOLESCENCIA.

La O.M.S. define adolescencia como la segunda década de la vida, es decir, desde los 10 a los 19 años. (7)

Hoy en el mundo entero existen cerca de 1600 millones de adolescentes, lo que corresponde a casi un 30% de la población total. Se estima que para el año 2025 esta cifra llegará a los 2000 millones.

Tan solo en América Latina y el Caribe, la población de estas edades alcanzan hoy 148 millones lo que también equivale a un 30% de la población total de la región. (8)

La adolescencia comprende 3 etapas:

- ❖ **Adolescencia temprana:** Comprende entre los 10 y 13 años. Los cambios fisiológicos propios de la pubertad, son muy evidentes y centrales para el adolescente.

El pensamiento es aún concreto y con fines muy inmediatos. La separación de los padres recién comienza con una actitud rebelde, pero sin un real distanciamiento interno. Las amistades son fundamentalmente del mismo sexo, son grupales y con un tímido avance hacia el sexo opuesto.

- ❖ **Adolescencia media:** Comprende desde los 14 a los 16 años. La separación de la familia comienza a hacerse más real, la cercanía de los amigos es más electiva y pasa de las actividades grupales a otras en pareja. La conducta predominante es exploratoria, buscando diversas alternativas en cuanto a parejas, actividades y puntos de vista. Su pensamiento se vuelve abstracto, su preocupación obsesiva

por las transformaciones corporales es reemplazada por un foco en la relación interpersonal, en las ideas propias y de los demás.

- ❖ **Adolescencia tardía:** Abarca desde los 17 a los 19 años. La tendencia al cambio y a la experimentación comienza a disminuir y surgen relaciones interpersonales estables. Tanto en el plano biológico como en el psicológico, existe mayor capacidad de compromiso y el intimar es propio de esta edad.

Paralelamente se consigue la identidad, que implica una autoimagen estable a lo largo del tiempo, adquiere la capacidad de planificar el futuro y de preocuparse por los planes concretos de estudio, trabajo, vida común de pareja. La relación con la familia a veces vuelve a ser importante con una visión menos crítica y una actitud menos beligerante hacia los padres.

El estudio de la adolescencia es la comprensión de los períodos adyacentes, la niñez y la adultez. Mientras el adulto y el niño tienen un concepto claro del grupo al que pertenecen, el adolescente queda entre ambos sin definirse claramente en ninguno de ellos, dado que la sociedad lo trata ambiguamente.

El adolescente tiene una franca dificultad para lograr su ubicación social y ejercer sus obligaciones, por lo que su conducta refleja inseguridad.

En la adolescencia comienza un largo proceso de autodefinición, siendo la definición sexual y de género dos procesos claves. El deseo y el interés sexual se incrementan en la medida que se acelera el desarrollo hormonal y al mismo tiempo enfrentan opuestas presiones de su familia, de sus pares y de la sociedad en general, en cuanto a aceptar ciertas normas de acuerdo a su rol estereotipado de género.

2.2.5. EMBARAZO EN ADOLESCENTES

Se define como aquella gestación que ocurre durante los dos primeros años ginecológicos de la mujer, (edad ginecológica cero o edad de la menarquía) y/o cuando la adolescente mantiene la total dependencia social y económica de la familia

parental. Ha sido llamado también el síndrome del fracaso o la puerta de entrada al ciclo de la pobreza.

En datos recopilados por Population Reference Bureau en 1,996 se señala que más de quince millones de mujeres adolescentes dan a luz cada año, lo que corresponde a un 10% de todos los nacimientos del mundo. (9)

En América Latina cada año tres millones trescientos doce mil adolescentes llevan a término un embarazo, donde un tercio de las mujeres son madres en su adolescencia.

La O.M.S. estima que el riesgo de morir debido a causas maternas, es dos veces más altas para mujeres de 15 – 19 años y cinco veces más para mujeres de 10 – 14 años que para quienes tienen 20 años o más. (10)

El embarazo en adolescente es una crisis que se sobre impone a la crisis de la adolescencia.

2.2.6. CAUSAS DEL EMBARAZO

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

CAUSAS

- ❖ Mal funcionamiento del núcleo familiar (posibilidad de huir de un hogar donde a veces la adolescente se siente amenazada por la violencia, el alcoholismo y el riesgo de incesto.
- ❖ La inestabilidad familiar.
- ❖ La necesidad de probar su fecundidad.
- ❖ La pérdida de la religiosidad.
- ❖ Mantener relaciones sexuales sin las medidas de contracepción adecuadas.

- ❖ La aceptación de mantener relaciones sexuales a edades cada vez más precoces.
- ❖ La falta de educación suficiente sobre el comportamiento sexual responsable.
- ❖ Información clara y específica sobre las consecuencias del intercambio sexual.

FACTORES DE RIESGOS

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

2.2.7. EFECTOS NEGATIVOS DE UN EMBARAZO ADOLESCENTE

Un embarazo prematuro es causa de los mismos cuidados para una madre adolescente, como los son para una mujer madura, no obstante es importante reconocer que mientras mas joven es la gestante mayores probabilidades de desarrollar complicaciones en el embarazo.

Los partos prematuros están asociados a una maternidad precoz, así mismo enfermedades como la anemia o la presión arterial se agudiza en mujeres menores de 15 años.

Cada año se registran mas casos de enfermedades de transmisión sexual, donde jóvenes y adolescentes conforman un importante índice de infectados, dichas afecciones perjudican aun más la evolución del embarazo.

La educación se trunca en la vida de estas mujeres, sobre todo si provienen de estratos sociales bajos y la oportunidad de instruirse a nivel superior parece inalcanzable. La ayuda del gobierno, (de acuerdo al país) aminora en parte esta problemática a través de talleres de capacitación.

Con respecto a los bebés prematuros, estos nacen con bajo peso y por consiguiente son más propensos a tener deficiencias en su aparato respiratorio, sufrir de hemorragias cerebrales o manifestar pérdida de la visión. (11)

2.2.8. RIESGOS Y COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS

Debido a que la adolescente esta todavía en desarrollo y crecimiento, es importante saber que la pelvis todavía esta creciendo, así mismo el canal del parto no tiene el tamaño definitivo, por lo que las madres adolescentes presentan desventajas biológicas y tienen mas problemas en el parto.

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

2.2.9. COMPLICACIONES

- ❖ Embarazo pretermino
- ❖ Parto prolongado
- ❖ Complicaciones intraparto (sufrimiento fetal, atonía uterina)
- ❖ Desproporción feto pelviana
- ❖ Anemia
- ❖ Hipertensión inducida por el embarazo (preclamsia)
- ❖ Enfermedad de transmisión sexual.
- ❖ Mayor proporción de cesáreas (siendo inversamente proporcional a la edad materna)
- ❖ Recién nacido de bajo peso al nacer.

2.2.10. EFECTOS DE LAS CAUSAS DEL EMBARAZO

Desde el aspecto médico, embarazarse durante la adolescencia trae serias consecuencias.

Un problema que se presenta en este tipo de embarazos es la falta de atención médica desde el inicio del embarazo, debido a que generalmente las chicas no avisan pronto a sus padres, tardan en decirles de su situación de 4 - 5 meses, los cuales pasan sin revisión alguna. Las mujeres de 16 años o menos corren el riesgo de preeclampsia y eclampsia.

El bajo peso al nacer de los lactantes hijos de adolescentes aumenta y probablemente se debe a causas orgánicas tales como anomalías placentarias, nutrición deficiente, tabaquismo y consumo de drogas.

La mortalidad materna en ésta etapa, incluso en numerosas naciones en vías de desarrollo, figura dentro de las causas más frecuentes de muerte en las adolescentes, la mayoría se deben a embolia, enfermedad hipertensiva, embarazos ectópicos.

Algunas chicas optan por el aborto a veces clandestino, que pone su vida en peligro debido a sepsis y hemorragias presentadas durante el proceso.

En síntesis se puede decir, que dentro de las consecuencias biológicas negativas que afectan al embarazo en la adolescencia destacan:

- ❖ Retraso en el crecimiento intrauterino
- ❖ Aumento significativo de partos prematuros
- ❖ Neonatos pequeños y de bajo peso, con respecto a los de las madres adultas

2.2.11. RECIÉN NACIDO

Se puede denominar recién nacido o neonato al niño proveniente de una gestación de 22 semanas o más; desde que es separado del organismo de la madre, hasta que cumple 28 días de vida extrauterina. Se considera período perinatal al comprendido entre la semana 22 de gestación y los 7 días de vida postnatal. (12)

2.2.12. CLASIFICACIÓN DEL RECIÉN NACIDO

Los factores más determinantes en la sobrevida del recién nacido son su madurez expresada en la edad gestacional y el peso de nacimiento. Considerando estos dos parámetros, los recién nacidos se han clasificado de la siguiente manera:

RNT (Recién nacido de término). Aquellos nacidos con 38 semanas de gestación y < de 42 semanas de gestación.

RNPR (Recién nacido pretérmino). Aquellos nacidos con < de 38 semanas de gestación. En esto seguimos el criterio de la Academia Americana de pediatría, ya que la OMS considera pretérmino a los recién nacidos con < de 37 semanas.

RNPT (Recién nacido posttérmino). Aquellos nacidos con 42 semanas de gestación.

Luego, según su peso es adecuado o no para su edad gestacional se clasifican en:

AEG: Adecuados para la edad gestacional: cuando el peso de nacimiento se encuentra entre los percentiles 10 y 90 de las curvas de crecimiento intrauterino (CCI)

PEG: Pequeños para la edad gestacional: cuando el peso está bajo el percentil 10 de la CCI.

GEG: Grandes para la edad gestacional: cuando el peso se encuentra sobre el percentil 90 de la CCI.

Referente al parámetro peso se utilizan también los conceptos de recién nacido de muy bajo peso (<1.500 g.) y de extremo bajo peso (< 1.000 g.).

Estos dos grupos son responsables de alrededor de un 60 a 70% de la mortalidad neonatal y representan el grupo de recién nacidos de más alto riesgo. (13)

La clasificación recién descrita tiene importancia pues expresa determinados riesgos según la edad gestacional, el peso de nacimiento y la adecuación de éste a ella:

Los recién nacidos PEG son la mayoría de las veces el resultado de una placenta insuficiente y están sometidos a una hipoxia crónica, presentan con frecuencia, poliglobulia e hipoglicemia.

Durante el trabajo de parto son más susceptibles de sufrir hipoxia y nacer deprimidos. En algunos casos su peso insuficiente se debe a infecciones intrauterinas virales y a problemas genéticos y en especial hijos de madres adolescentes.

2.2.13. COMPLICACIONES NEONATALES

- ❖ Bajo peso al nacer
- ❖ Retardo del crecimiento intrauterino
- ❖ Prematuridad
- ❖ Malformaciones congénitas

2.2.14. PREMATURIDAD Y BAJO PESO AL NACER

Biológicamente el feto requiere de un cierto número de semanas en el útero, para que su organismo esté maduro para adaptarse a la vida extrauterina. Cuando nace antes de haber completado este ciclo de maduración, decimos que ha nacido prematuramente y por lo tanto puede presentar problemas en su adaptación a esta nueva situación.

La prematurez y el bajo peso se asocian a variables socioeconómicas - culturales, a condiciones biológicas de la madre y a diversas patologías que afectan a la madre y al feto.

Hay diversos antecedentes y en patologías de la madre, del feto, de la placenta y del útero que se asocian con la prematurez y el bajo peso de nacimiento.

2.2.15. CLASIFICACION DEL RECIÉN NACIDO SEGÚN SEMANAS GESTACIONALES

Al nacer, un bebé se clasifica como:

- ❖ Prematuro (de menos de 37 semanas de gestación)
- ❖ A término (de 37 a 42 semanas de gestación)
- ❖ Postérmino o posmaduro (nacido después de 42 semanas de gestación). (14)

Los órganos de un bebé prematuro no están completamente desarrollados. El bebé necesita cuidados especiales en una sala de recién nacidos hasta que los sistemas orgánicos se hayan desarrollado lo suficiente como para mantenerlo con vida sin soporte médico. Esto puede tomar de semanas a meses.

Un bebé prematuro tendrá un peso al nacer más bajo que un bebé a término. Los signos físicos comunes de prematuridad abarcan:

- ❖ Vello corporal (lanugo)
- ❖ Patrones respiratorios anormales (pausas irregulares y superficiales en la respiración llamadas apnea)
- ❖ Clítoris agrandado (en las niñas)
- ❖ Problemas para respirar debido a los pulmones inmaduros (síndrome de dificultad respiratoria neonatal síndrome de dificultad respiratoria neonatal) o neumonía
- ❖ Tono muscular bajo y menor actividad que los bebés a término
- ❖ Problemas para alimentarse debido a la dificultad para succionar o coordinar la deglución y la respiración
- ❖ Menos grasa corporal
- ❖ Escroto pequeño, liso sin pliegues y testículos sin descender (en los niños)
- ❖ Cartílago del oído suave y flexible
- ❖ Piel delgada, lisa, brillante, que a menudo es transparente (se pueden ver las venas bajo la piel)

2.2.16. RETARDO DEL CRECIMIENTO INTRAUTERINO

Se refiere al crecimiento deficiente de un bebé mientras está en el útero. Específicamente, hace referencia a un feto cuyo peso está por debajo del percentil 10 para su edad gestacional.

Los bebés que nacen con un peso inferior a cinco libras y ocho onzas (2,500 gramos) se consideran de bajo peso. Los bebés que nacen con peso bajo tienen un riesgo mayor de tener serios problemas de salud durante sus primeras semanas de vida, además de sufrir incapacidades permanentes e incluso la muerte.

Hay dos razones principales por las que un bebé puede nacer con bajo peso:

- ❖ **Nacimiento prematuro.** A los bebés nacidos antes de finalizadas las 37 semanas de embarazo se los llama bebés prematuros. Algunos bebés prematuros que nacen casi a término no tienen bajo peso al nacer y es posible que sólo experimenten problemas de salud leves, o ninguno, durante sus primeras semanas de vida.
- ❖ **Crecimiento limitado del feto.** Estos bebés se conocen como de crecimiento limitado, pequeños para su edad gestacional o pequeños para la fecha. Estos bebés pueden nacer a término pero su peso es inferior al normal. Algunos de ellos son saludables, aunque sean pequeños. Pueden ser pequeños simplemente porque sus padres son más pequeños que lo normal. Otros nacen con bajo peso porque algo retrasó o detuvo su crecimiento en el útero.

Algunos bebés son prematuros y también de crecimiento limitado. Estos bebés tienen un alto riesgo de tener problemas de salud.

2.2.17. FACTORES DE RIESGO

Factores demográficos y socioeconómicos como origen afroamericano, edad inferior a 17 o superior a 40, pobreza, soltería o analfabetismo. (14)

Factores médicos previos al embarazo, como no haber tenido hijos anteriormente, tener más de 4, ser de baja estatura, delgada, haber tenido ya algún bebé de bajo peso, aborto, sufrir alteraciones genitourinarias o hipertensión crónica.

Factores del comportamiento y entorno prenatal, por ejemplo, una insuficiente nutrición, inadecuada nutrición prenatal, fumar, consumo de alcohol u otras drogas, exposición a grandes alturas, a sustancias tóxicas o al estrés.

Condiciones médicas asociadas con el embarazo, como sangrado vaginal, infección, presión arterial baja o alta, anemia, escaso aumento de peso, haber tenido el último embarazo en los 6 meses previos. El intervalo más seguro entre embarazos es de 18 - 23 meses.

Muchos de estos factores se encuentran relacionados entre sí. El alto riesgo en el caso de las mamás adolescentes puede deberse más a la mala alimentación e inadecuada atención médica prenatal que a su edad, ya que suelen ser adolescentes de escasos recursos. Por lo menos la quinta parte de todos los casos de bajo peso al nacer se relacionan con tabaquismo. Si lo unimos al bajo peso de la madre obtenemos la combinación que causa las dos terceras partes de los casos. Las mujeres pueden reducir sus posibilidades de tener un bebé de bajo peso comiendo bien, no fumando ni consumiendo drogas, ingiriendo poco o nada de alcohol y buscando una adecuada atención médica.

2.2.18. ENFERMEDAD DE MEMBRANA HIALINA.

El Síndrome de distres respiratorio idiopático (SDRI), conocido también como enfermedad de membrana hialina, se origina en la deficiencia de surfactante pulmonar. Éste último, mezcla de fosfolípidos, principalmente dipalmitoil fosfatidil colina, es el responsable de la estabilización distal del alvéolo a volúmenes pulmonares bajos al final de la espiración, gracias a que reduce la tensión superficial. Cuando existe déficit de surfactante, el recién nacido puede no ser capaz de generar el aumento de la presión inspiratoria requerido para insuflar las unidades alveolares, lo que resulta en el desarrollo de atelectasia progresiva.

FISIOPATOLOGÍA

La hipoxemia se produce inicialmente por una alteración de la relación ventilación perfusión debido al colapso difuso del pulmón, contribuyendo posteriormente al desarrollo de shunts intra y extra pulmonares.

El déficit de surfactante también origina inflamación pulmonar y daño del epitelio respiratorio conduciendo a edema pulmonar y aumento de la resistencia de la vía aérea. Esto último contribuye al daño pulmonar con mayor deterioro de la función pulmonar. Paralelamente, el pulmón dañado disminuye su capacidad de reabsorción de líquido, la que resulta ineficiente, contribuyendo al edema pulmonar. Finalmente, éste último puede estar, además, exacerbado por las respuestas sistémicas al síndrome de distres respiratorio que contribuyen a la retención de líquidos.

El déficit de surfactante y el edema pulmonar conducen a anormalidades en la función pulmonar que llevan a hipoxemia. Las anormalidades primarias en la mecánica pulmonar son la disminución de la compliance y la disminución del volumen pulmonar que se refleja en la disminución de la capacidad residual funcional. (15)

CUADRO CLÍNICO

Los recién nacidos con este síndrome casi siempre son prematuros. Las manifestaciones clínicas son el resultado de la función pulmonar anormal y la hipoxemia. El síndrome de dificultad respiratoria y la cianosis se presentan rápidamente después del nacimiento. Los recién nacidos afectados presentan taquipnea y distintos grados de dificultad respiratoria. La taquipnea, al acortar el tiempo espiratorio, reduce la pérdida del volumen pulmonar en el pulmón con déficit de surfactante. Otros signos típicos son el quejido, un esfuerzo compensatorio para prevenir el colapso alveolar al final de la espiración; aleteo nasal que reduce la resistencia nasal y refleja la utilización de musculatura respiratoria accesorio; y retracción esternal, subcostal e intercostal debido a la disminución de la compliance pulmonar asociado a una pared torácica muy complaciente. A la auscultación, los

sonidos respiratorios estarán disminuidos. Los recién nacidos aparecerán pálidos con disminución de los pulsos periféricos. La diuresis habitualmente es baja durante las primeras 24 - 48 horas y es común el edema.

FACTORES DE RIESGO

Los factores que afectan el grado de desarrollo del pulmón al nacer incluyen, prematuridad, diabetes materna y factores genéticos como por ejemplo, raza blanca, historia enfermedad de membrana hialina en hijos previos, sexo masculino. Las malformaciones torácicas que originan hipoplasia pulmonar, tales como hernia diafragmática, pueden aumentar el riesgo de deficiencia de surfactante. El déficit congénito de proteína B del surfactante, da origen a proteinosis alveolar congénita que en sus primeras etapas simula una enfermedad de membrana hialina y es generalmente letal.

Otros factores que pueden afectar en forma aguda la producción, liberación o función del surfactante incluyen la asfixia perinatal en prematuros y cesáreas sin trabajo de parto. Los recién nacidos que nacen antes del trabajo de parto, no se benefician de la liberación de hormonas adrenérgicas y esteroidales que se liberan durante el trabajo de parto, las cuales aumentan la producción y liberación del surfactante. Finalmente, el uso antenatal de corticosteroides tiene relevancia en la incidencia de la enfermedad, como se analizará más adelante.

COMPLICACIONES

Las principales complicaciones corresponden a los síndromes de escape aéreo, displasia broncopulmonar, neumonías asociadas a ventilación mecánica y hemorragia pulmonar.

PREVENCIÓN

Existe evidencia científica que justifica el uso de glucocorticoides antenatales para mejorar los resultados neonatales en mujeres en riesgo de parto prematuro.

2.3. DEFINICIONES DE TERMINOS BÁSICOS

Adolescencia.- Los organismos a nivel internacional, definen adolescencia como la edad establecida entre los 10-19 años, teniendo la edad de inicio de los primeros signos de desarrollo sexual (telarca, menarca); así como también la ocurrencia de procesos de carácter psico-afectivo, intelectual y social.

La pubertad.- La palabra pubertad describe la etapa de la adolescencia en la que el cuerpo de un joven adolescente se transforma en cuerpo de adulto.

Sexualidad.- La sexualidad es un universo complejo en el cual intervienen aspectos tanto biológicos, como psicológicos y sociales.

La sexualidad engloba una serie de condiciones culturales, sociales, anatómicas, fisiológicas, emocionales, afectivas y de conducta, relacionadas con el sexo que caracterizan de manera decisiva al ser humano en todas las fases de su desarrollo.

Maltrato.- Es una acción, omisión o trato negligente, no accidental, que priva al adolescente de sus derechos y bienestar, que amenaza o interfiere su ordenado desarrollo físico, psíquico o social y cuyos autores pueden ser personas, instituciones o la propia sociedad.

Violencia.- La violencia, por lo tanto, es un comportamiento deliberado que puede provocar daños físicos o psíquicos al prójimo. Es importante tener en cuenta que, más allá de la agresión física, la violencia puede ser emocional mediante ofensas o amenazas. Por eso la violencia puede causar tanto secuelas físicas.

Educación sexual.- La educación sexual es el proceso de enseñanza-aprendizaje en el que somos formados en lo relacionado con el proceso y los efectos de la actividad sexual y el sexo.

Peso al nacer.- Es la primera medida de peso en los fetos o recién nacidos al momento del nacimiento, dicha medida se efectuara desprovisto de ropa y en la primera hora de vida.

Bajo peso al nacer.- El bajo peso de nacimiento ocurre cuando un bebé pesa menos de 5 libras y 8 onzas (2.500 gramos) en el momento de nacer. Un peso de nacimiento menos de 3 libras y 4 onzas (1.500 gramos) se considera extremadamente bajo.

Muy bajo peso al nacer.- Recién nacidos de menos de 1500 g

Recién nacido de peso adecuado para la edad gestacional (AEG).- Se sitúa entre los percentiles 10 – 90 de la curva peso - semanas de gestación.

Recién nacido pequeño para la edad gestacional (PEG).- Se sitúa bajo el percentil 10 de la curva peso - semanas de gestación.

Recién nacido grande para la edad gestacional.- Se sitúa sobre el percentil 10 de las curvas peso – semanas de gestación.

Enfermedad de la membrana hialina.- El Síndrome de distres respiratorio idiopático (SDRI), conocido también como enfermedad de membrana hialina, se origina en la deficiencia de surfactante pulmonar.

Desnutrición.- La desnutrición es un estado patológico provocado por la falta de ingesta o absorción de alimentos o por estados de exceso de gasto metabólico.

2.4 HIPÓTESIS Y VARIABLES

2.4.1 HIPÓTESIS

Las causas del embarazo en las adolescentes inciden directamente en el riesgo de complicaciones en el recién nacido en el área de Ginecología y Obstetricia del Hospital Provincial General Docente de Riobamba en el período de enero a julio del 2010.

2.4.2. VARIABLES

Variable Independiente

Causas del embarazo en las adolescentes

Variable Dependiente

Riesgos de complicaciones en el recién nacido.

2.5.- OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLES	DEFINICIONES CONCEPTUALES	CATEGORÍAS	INDICADORES	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS
Causas del embarazo en adolescentes.	Factores que originan la gestación en edades comprendidos entre 10 - 18 años	<p>Mal funcionamiento del núcleo familiar</p> <p>Mantener relaciones sexuales sin las medidas de contracepción adecuadas.</p> <p>Educación sobre el comportamiento sexual responsable.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Maltrato, violencia, inestabilidad de la pareja ➤ Acoso sexual de un familiar ➤ Violencia familiar ➤ Abandono ➤ Padres migrantes ➤ Ausencia de los padres en el hogar por exceso de trabajo. ➤ Vergüenza de comprar los métodos anticonceptivos ➤ Por la llamada prueba de amor. ➤ Desconocimiento de métodos anticonceptivos ➤ Desconocimiento de cuando el organismo está listo para fecundar. ➤ Relaciones sexuales tempranas 	Encuesta estructurada.

<p>Riesgos de complicaciones en el recién nacido.</p>	<p>Es el peligro que puede existir para la adaptación en el paso de la vida intrauterina a la extrauterina</p>	<p>Recién Nacido prematuro. Neonatos de bajo peso. Retardo del crecimiento intrauterino. Enfermedad de la membrana hialina. Desnutrición. Alteración del crecimiento y desarrollo</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ De acuerdo a la edad de las SG de 30 a 36.5 SG ➤ ➤ De acuerdo al percentil del Ministerio de Salud Publica. ➤ ➤ De acuerdo al percentil del Ministerio de Salud Publica se valora mediante peso y talla del recién nacido. ➤ ➤ Si el recién nacido presenta o no problemas al momento del nacimiento. ➤ ➤ De acuerdo a estadísticas de últimos seis meses en el hospital ➤ De acuerdo al percentil del ministerio 	<p>Análisis de historia clínica y observación directa</p>
---	--	--	--	---

CAPITULO III

3. MARCO METODOLÓGICO.

3.1 MÉTODO

En la presente tesina utilizamos el método científico y el método inductivo deductivo

Porque partimos de casos individuales a generalizaciones y buscamos conclusiones, teniendo en cuenta el marco teórico, se plantea una hipótesis mediante un razonamiento deductivo y posteriormente intentamos validar la hipótesis.

TIPO DE LA INVESTIGACIÓN:

Descriptiva

Según el objetivo de la investigación es descriptiva porque nos sirve para explicar las causa del embarazo y el efecto de las complicaciones en el recién nacido

DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN:

De campo no participativa

Es un estudio de campo porque se realiza en el lugar donde sucede el fenómeno y es una investigación de campo no participante porque nosotros no formamos parte del grupo estudiado.

TIPO DE ESTUDIO

Transversal

Porque esta investigación se efectúa para estudiar las causa en el embarazo y los efectos en el recién nacido en un periodo específico.

3.2 POBLACIÓN Y MUESTRA

3.2.1. POBLACIÓN

Estuvo constituida por todas las embarazadas adolescentes que acudan al servicio de Ginecología y Obstetricia, del Hospital Provincial General Docente de Riobamba en el período de Enero a Julio del 2010.

3.2.2. MUESTRA

Para la presente investigación se tomo una muestra aplicando la siguiente fórmula de muestreo.

n= número total de población

N= muestra

E²= MARGEN DE ERROR (0.05)²

N= $n / E^2(n-1)+1$

N= $110 / (0.05)^2(110-1)+1$

N= $110 / 3.72$

N= 30 Adolescentes

Se realiza la encuesta a 30 adolescentes aleatoriamente, atendidas en el área de Ginecología y Obstetricia, del Hospital Provincial General Docente de Riobamba,

3.3. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

- ❖ Encuesta
- ❖ Guía de observación
- ❖ Análisis de historia clínica

3.4. TÉCNICAS PARA EL ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

Una vez que se realizó el análisis dinámico y parcial de la muestra, se realizaron cálculos estadígrafos necesarios y se procedió a elegir el estadístico más apropiado para la comprobación de la hipótesis

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

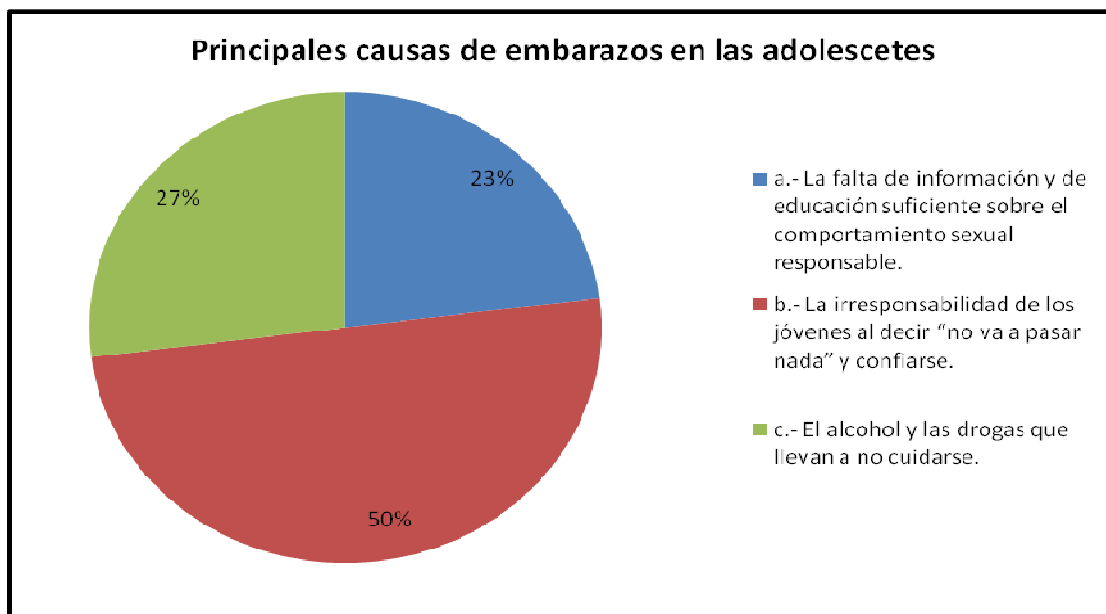
RESULTADOS DE LAS ENCUESTAS

1. ¿Cuál cree que son las principales causas de un embarazo en la adolescencia?

Ítem	Número	Porcentaje
a.- La falta de información y de educación suficiente sobre el comportamiento sexual responsable.	7	23%
b.-La irresponsabilidad de los jóvenes al decir “no va a pasar nada” y confiarse.	15	50%
c.- El alcohol y las drogas que llevan a no cuidarse.	8	27%

Fuente: Encuesta dirigida a las madres adolescentes atendidas en el servicio de Ginecología y obstetricia del HPGDR

Elaborado por: Yessica Hinojosa & Gladys Ortega



Fuente: Encuesta dirigida a las madres adolescentes atendidas en el servicio de Ginecología y obstetricia del HPGDR

Elaborado por: Yessica Hinojosa & Gladys Ortega

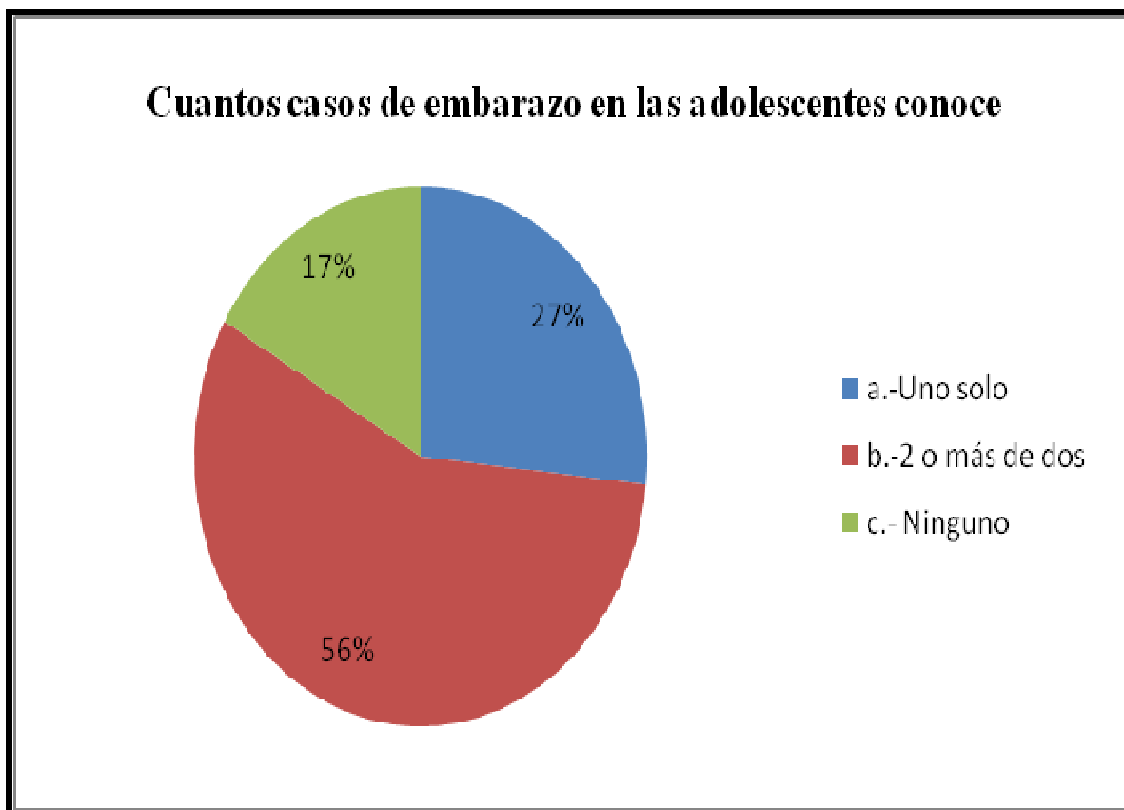
Análisis e interpretación: El 50% de adolescentes encuestadas considera que hay irresponsabilidad de los jóvenes al decir “no va a pasar nada” y 27% es producto del consumo de alcohol y drogas, el conocimiento previo de las adolescentes podría ayudar a prevenir el embarazo, sin embargo hay una irresponsabilidad de los jóvenes frente a las consecuencias de las relaciones sexuales.

2. ¿Cuántos casos de embarazo en adolescentes conoce?

Ítem	Número	Porcentaje
a.-Uno solo	8	27%
b.-2 o más de dos	17	56%
c.- Ninguno	5	17%

Fuente: Encuesta dirigida a las madres adolescentes atendidas en el servicio de Ginecología y obstetricia del HPGDR

Elaborado por: Yessica Hinojosa & Gladys Ortega



Fuente: Encuesta dirigida a las madres adolescentes atendidas en el servicio de Ginecología y obstetricia del HPGDR

Elaborado por: Yessica Hinojosa & Gladys Ortega

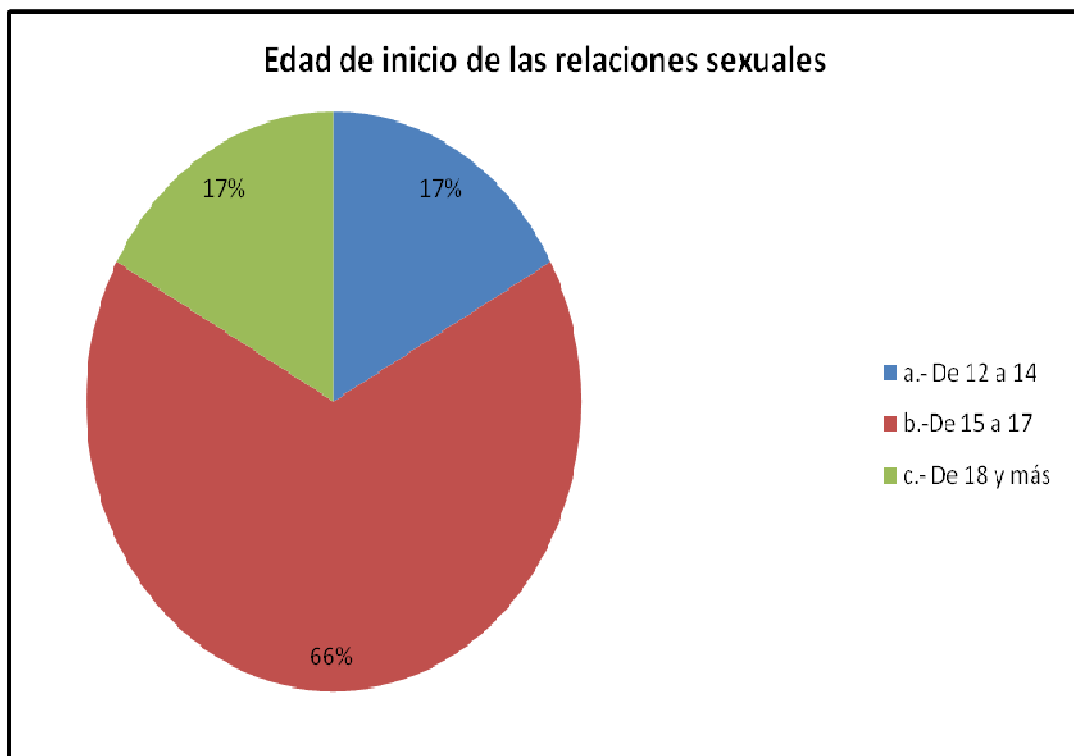
Análisis e interpretación: El 17% de adolescentes encuestadas responden que no conoce ningún caso y el 56% conocen más de dos adolescentes embarazadas, podemos determinar así que hay un elevado índice de embarazos en adolescentes.

3. ¿Usted a qué edad inicio las relaciones sexuales?

Ítem	Número	Porcentaje
a.- De 12 a 14	5	17%
b.-De 15 a 17	20	66%
c.- De 18 y más	5	17%

Fuente: Encuesta dirigida a las madres adolescentes atendidas en el servicio de Ginecología y obstetricia del HPGDR

Elaborado por: Yessica Hinojosa & Gladys Ortega



Fuente: Encuesta dirigida a las madres adolescentes atendidas en el servicio de Ginecología y obstetricia del HPGDR

Elaborado por: Yessica Hinojosa & Gladys Ortega

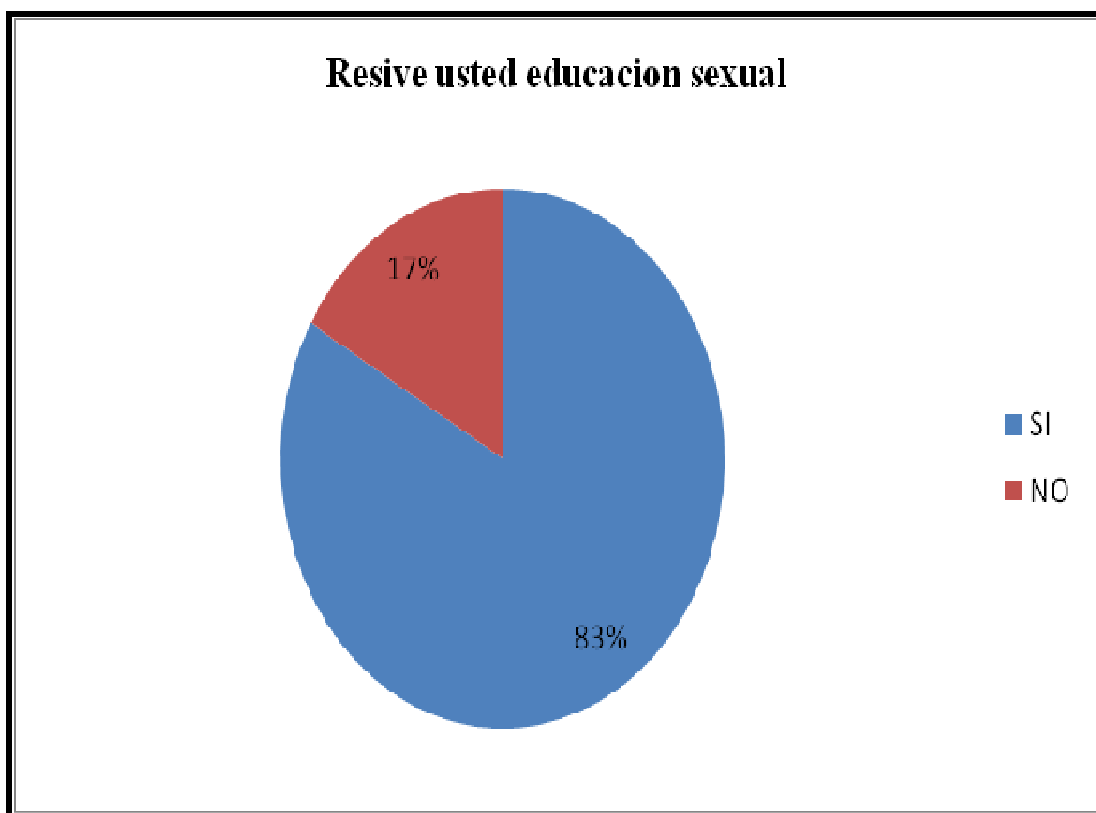
Análisis e Interpretación: El 17% de adolescentes encuestadas responden que inician las relaciones sexuales de 12 a 14 años y más, el 66% inician las relaciones sexuales de 15 a 17 años, debido al cambio de actividades grupales a actividades en pareja. Marco teórico (8)

4. ¿Usted ha recibido educación sexual?

Ítem	Numero	Porcentaje
a.- si	25	83%
b.- no	5	17%

Fuente: Encuesta dirigida a las madres adolescentes atendidas en el servicio de Ginecología y obstetricia del HPGDR

Elaborado por: Yessica Hinojosa & Gladys Ortega



Fuente: Encuesta dirigida a las madres adolescentes atendidas en el servicio de Ginecología y obstetricia del HPGDR

Elaborado por: Yessica Hinojosa & Gladys Ortega

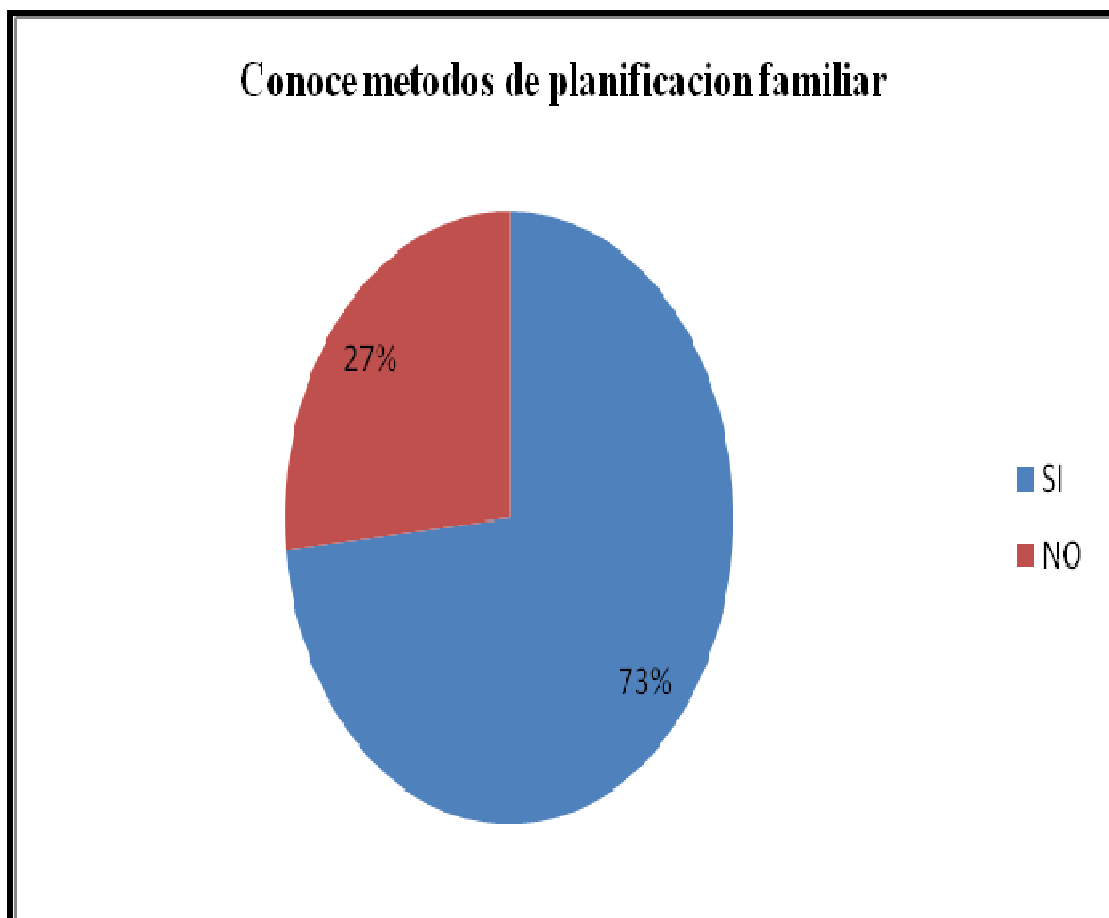
Análisis e interpretación: El 83% de adolescentes encuestadas, responden que si reciben educación sexual y el 17% no la reciben, por lo que deducimos que la información recibida de educación sexual no ha sido interiorizada de manera consiente.

5. ¿Conoce usted métodos de planificación familiar?

Ítem	Número	Porcentaje
a.- si	20	73%
b.- no	10	27%

Fuente: Encuesta dirigida a las madres adolescentes atendidas en el servicio de Ginecología y obstetricia del HPGDR

Elaborado por: Yessica Hinojosa & Gladys Ortega



Fuente: Encuesta dirigida a las madres adolescentes atendidas en el servicio de Ginecología y obstetricia del HPGDR

Elaborado por: Yessica Hinojosa & Gladys Ortega

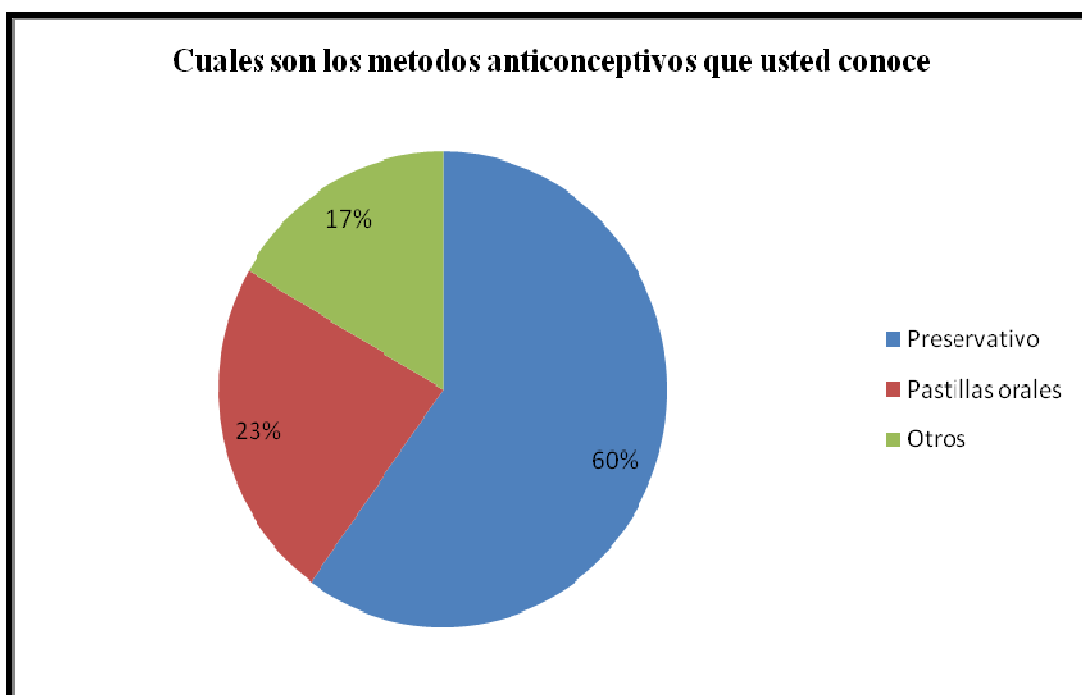
Análisis: El 73% de adolescentes encuestadas, responden que si conocen de métodos de planificación familiar, mientras que el 27% no conocen, pero no lo utilizan por Vergüenza de comprar, Falta de dinero, Otros (TABLA 7).

6. ¿Cuáles son los métodos anticonceptivos que usted conoce?

Ítem	Número	Porcentaje
a. Preservativo	18	60%
b. Pastillas orales	7	23%
c. Otros	5	17%

Fuente: Encuesta dirigida a las madres adolescentes atendidas en el servicio de Ginecología y obstetricia del HPGDR

Elaborado por: Yessica Hinojosa & Gladys Ortega



Fuente: Encuesta dirigida a las madres adolescentes atendidas en el servicio de Ginecología y obstetricia del HPGDR

Elaborado por: Yessica Hinojosa & Gladys Ortega

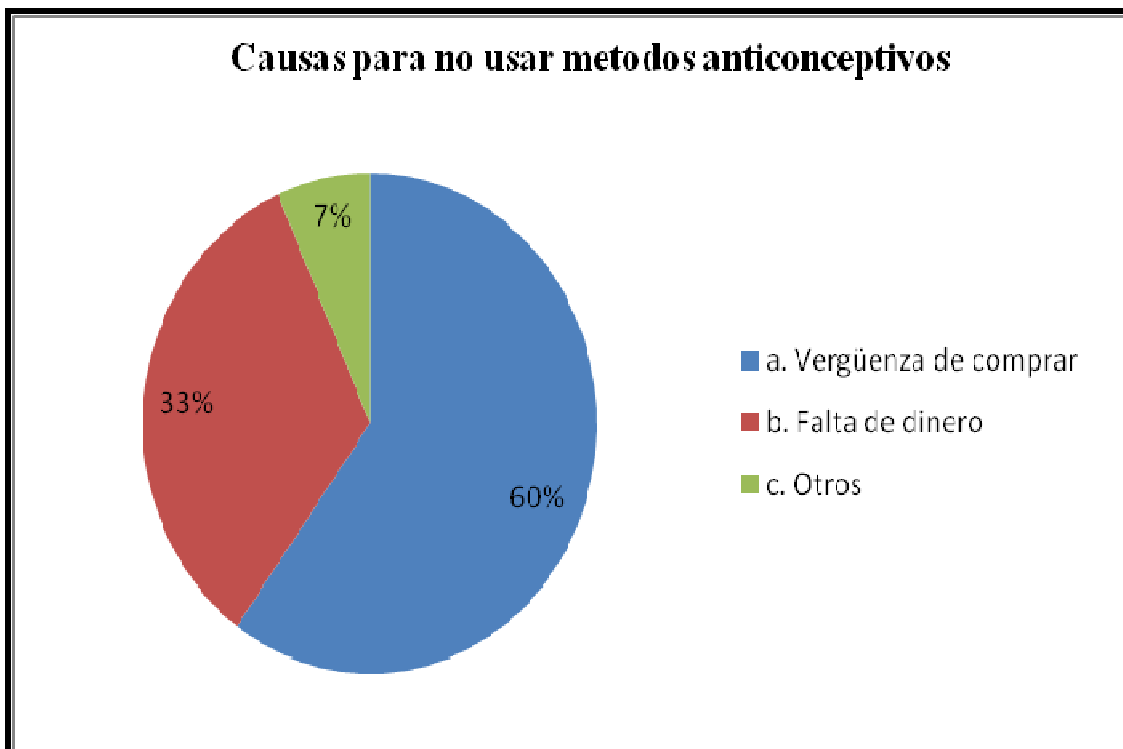
Análisis e interpretación: El 60% responden que el método mas conocido es el preservativo, y 17% responde que hay otros como el DIU, T de Cobre, Parches, Inyecciones. Lo mas importante será siempre acudir a consulta médica, de esta manera nos darán el método mas adecuado, para evitar embarazos no deseados.

7. ¿Cuáles cree usted que son las causas para que los adolescentes no usen métodos anticonceptivos?

Ítem	Número	Porcentaje
a. Vergüenza de comprar	18	60%
b. Falta de dinero	10	33%
c. Otros	2	7%

Fuente: Encuesta dirigida a las madres adolescentes atendidas en el servicio de Ginecología y obstetricia del HPGDR

Elaborado por: Yessica Hinojosa & Gladys Ortega



Fuente: Encuesta dirigida a las madres adolescentes atendidas en el servicio de Ginecología y obstetricia del HPGDR

Elaborado por: Yessica Hinojosa & Gladys Ortega

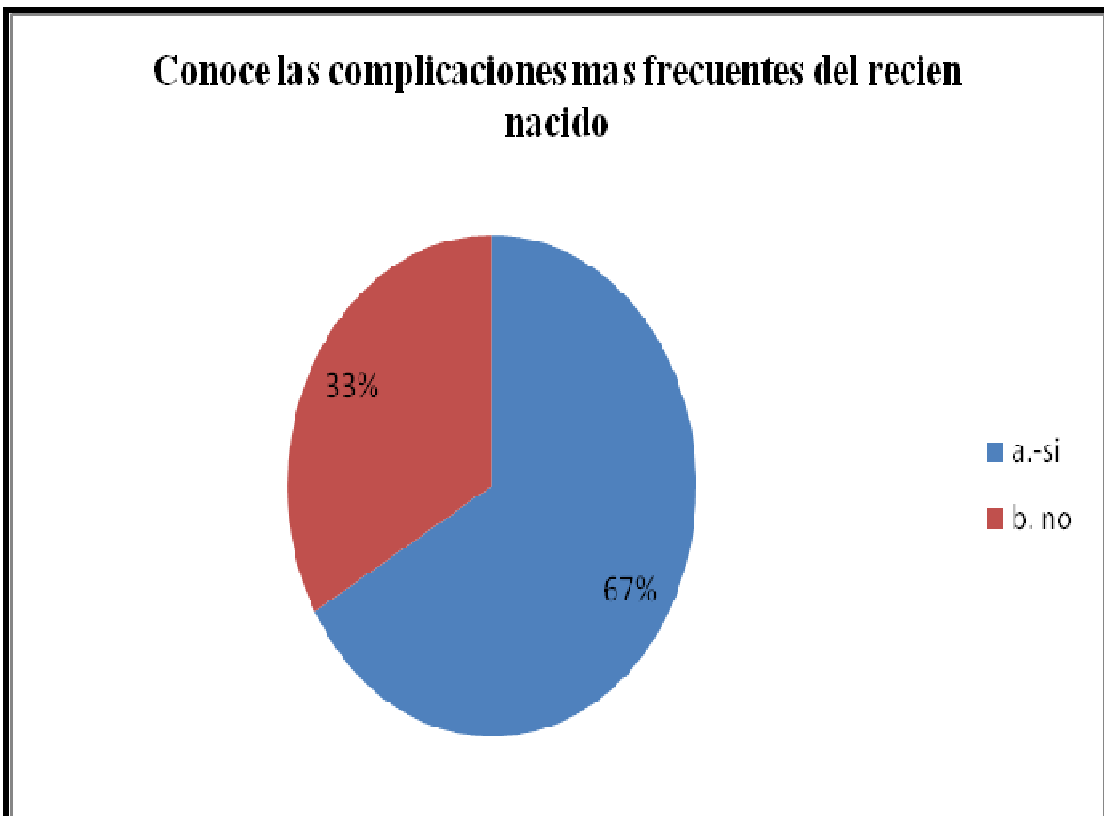
Análisis e interpretación: El 60% adolescentes encuestas responden que tienen vergüenza de comprar y el 7% es por otras razones, deduciendo con esto que la sexualidad todavía se considera un mito en la sociedad actual.

8. ¿Conoce usted las complicaciones más frecuentes en el recién nacido de madres adolescentes?

Ítem	Número	Porcentaje
a.-si	20	67%
b. no	10	33%

Fuente: Encuesta dirigida a las madres adolescentes atendidas en el servicio de Ginecología y obstetricia del HPGDR

Elaborado por: Yessica Hinojosa & Gladys Ortega



Fuente: Encuesta dirigida a las madres adolescentes atendidas en el servicio de Ginecología y obstetricia del HPGDR

Elaborado por: Yessica Hinojosa & Gladys Ortega

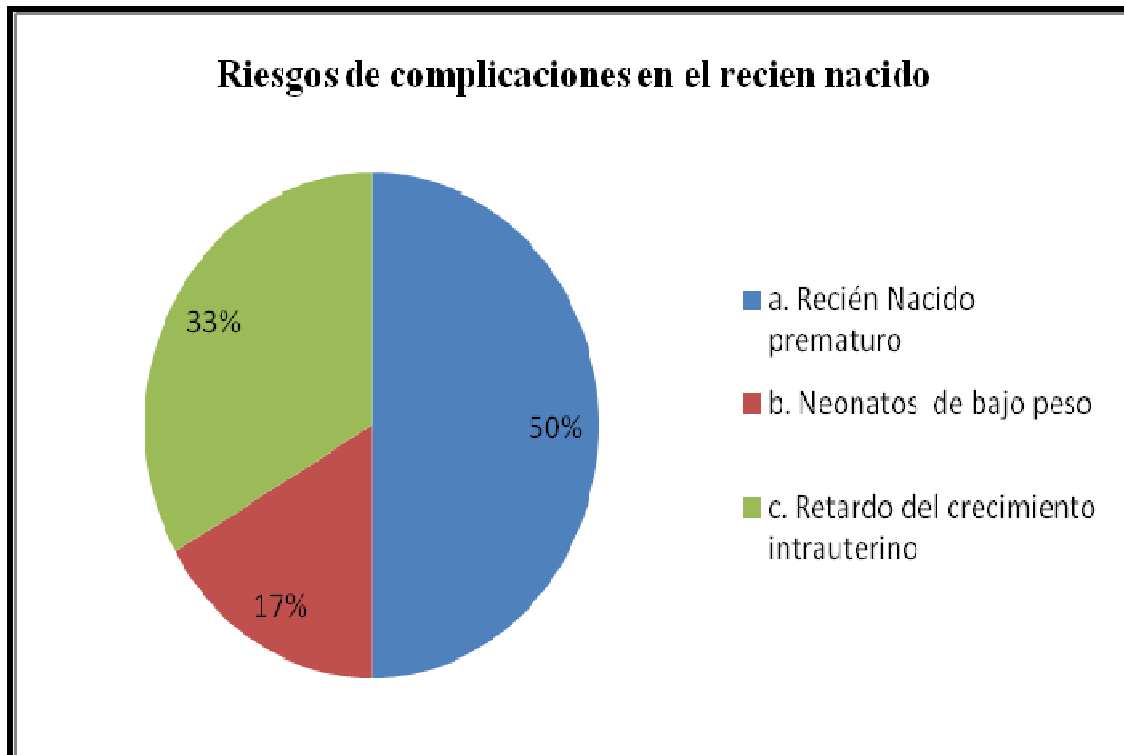
Análisis: El 67% de adolescentes encuestadas si conocen las complicaciones del recién nacido mientras que un 33% no las conocen, siendo estas recién Nacido prematuro, neonatos de bajo peso y retardo del crecimiento intrauterino (TABLA 9).

9. Señale los riesgos de complicaciones más frecuentes en el recién nacido

Ítem	Numero	Porcentaje
a. Recién Nacido prematuro	15	50%
b. Neonatos de bajo peso	5	17%
c. Retardo del crecimiento intrauterino	10	33%

Fuente: Encuesta dirigida a las madres adolescentes atendidas en el servicio de Ginecología y obstetricia del HPGDR

Elaborado por: Yessica Hinojosa & Gladys Ortega



Fuente: Encuesta dirigida a las madres adolescentes atendidas en el servicio de Ginecología y obstetricia del HPGDR

Elaborado por: Yessica Hinojosa & Gladys Ortega

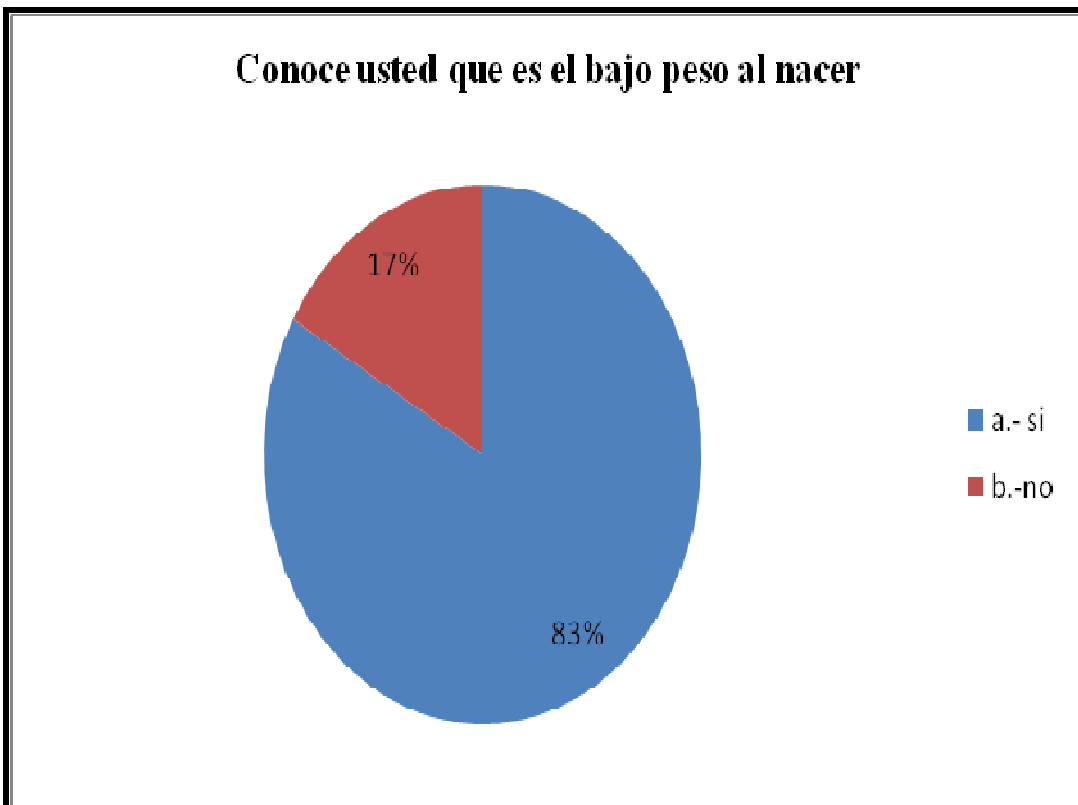
Análisis e interpretación: El 50% de las adolescentes encuetadas, responde que una complicación es el parto y recién nacido prematuro, el, 17% respondió considera que es el recién nacido de bajo peso, teniendo en cuenta que los prematuros nacen con una edad gestacional inferior a las 36.5 SG, considerando que el bajo peso en los recién nacidos es inferior de 2500gr

10. ¿Conoce usted que es el bajo peso al nacer?

Ítem	Número	Porcentaje
a.- si	25	83%
b.-no	5	17%

Fuente: Encuesta dirigida a las madres adolescentes atendidas en el servicio de Ginecología y obstetricia del HPGDR

Elaborado por: Yessica Hinojosa & Gladys Ortega



Fuente: Encuesta dirigida a las madres adolescentes atendidas en el servicio de Ginecología y obstetricia del HPGDR

Elaborado por: Yessica Hinojosa & Gladys Ortega

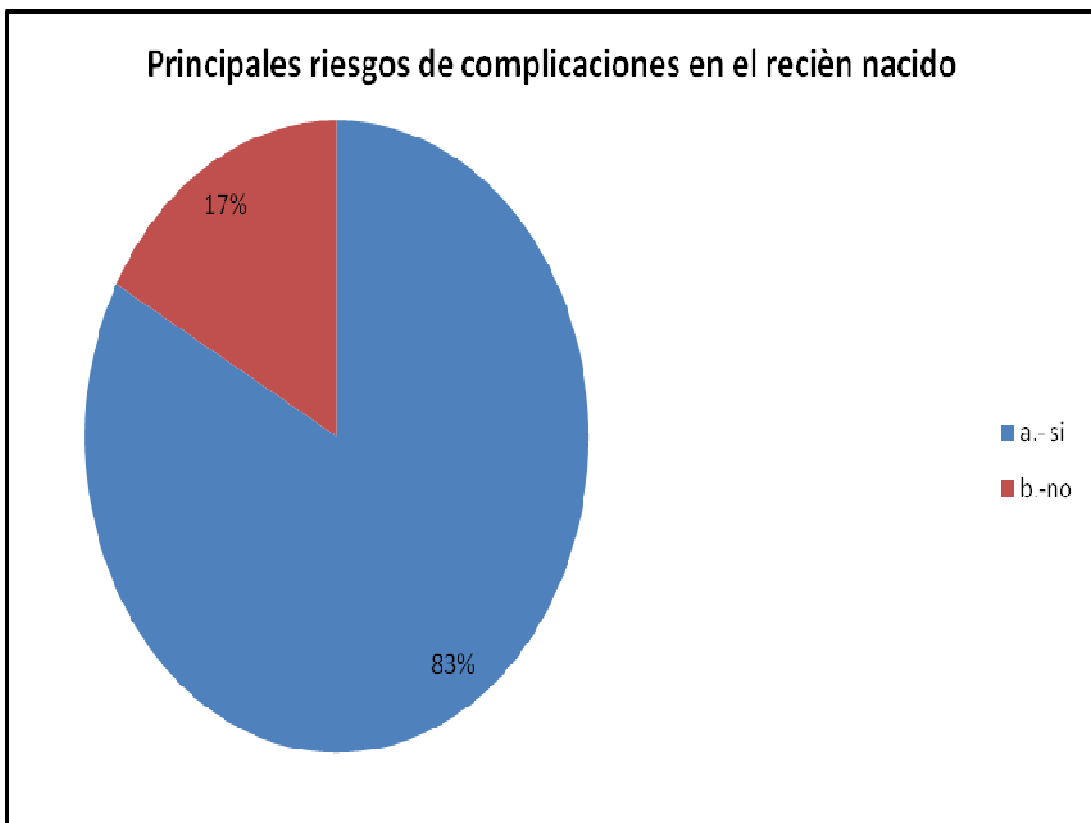
Análisis e interpretación: El 83% de adolescentes encuestadas respondieron, que conocen lo que es el bajo peso al nacer y el, 17% no conocen, el conocimiento previo de las adolescentes podría ayudar a prevenir esta complicación en sus hijos.

11. Le educaron a usted sobre los riesgos de complicaciones que puede presentar su bebe al momento de nacer:

Ítem	Número	Porcentaje
a.- si	25	83%
b.-no	5	17%

Fuente: Encuesta dirigida a las madres adolescentes atendidas en el servicio de Ginecología y obstetricia del HPGDR

Elaborado por: Yessica Hinojosa & Gladys Ortega



Fuente: Encuesta dirigida a las madres adolescentes atendidas en el servicio de Ginecología y obstetricia del HPGDR

Elaborado por: Yessica Hinojosa & Gladys Ortega

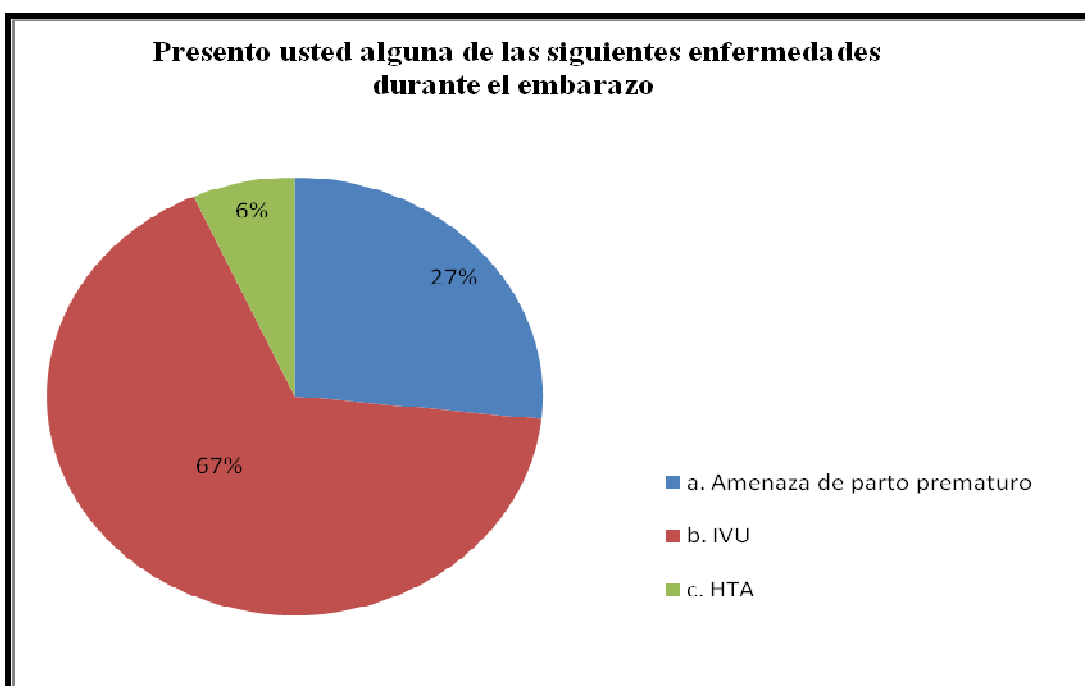
Análisis e interpretación: El 83% de adolescentes atendidas responden que conocen los riesgos que pueden presentar su bebe al momento de nacer y un, 17% que no conocen, con esto deducimos que a pesar del conocimiento existe irresponsabilidad de las adolescentes que se embarazan.

12. ¿Presentó usted alguna de las siguientes enfermedades durante el embarazo?

Ítem	Número	Porcentaje
a. Amenaza de parto prematuro	8	27%
b. IVU	20	67%
c. HTA	2	6%

Fuente: Encuesta dirigida a las madres adolescentes atendidas en el servicio de Ginecología y obstetricia del HPGDR

Elaborado por: Yessica Hinojosa & Gladys Ortega



Fuente: Encuesta dirigida a las madres adolescentes atendidas en el servicio de Ginecología y obstetricia del HPGDR

Elaborado por: Yessica Hinojosa & Gladys Ortega

Análisis e interpretación: El 67% de adolescentes encuestadas presentaron IVU y el 6% presentaron HTA, con esto se puede ver que el índice de IVU es elevado y que es un factor pre disponente, para los partos prematuros en especial en las adolescentes.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

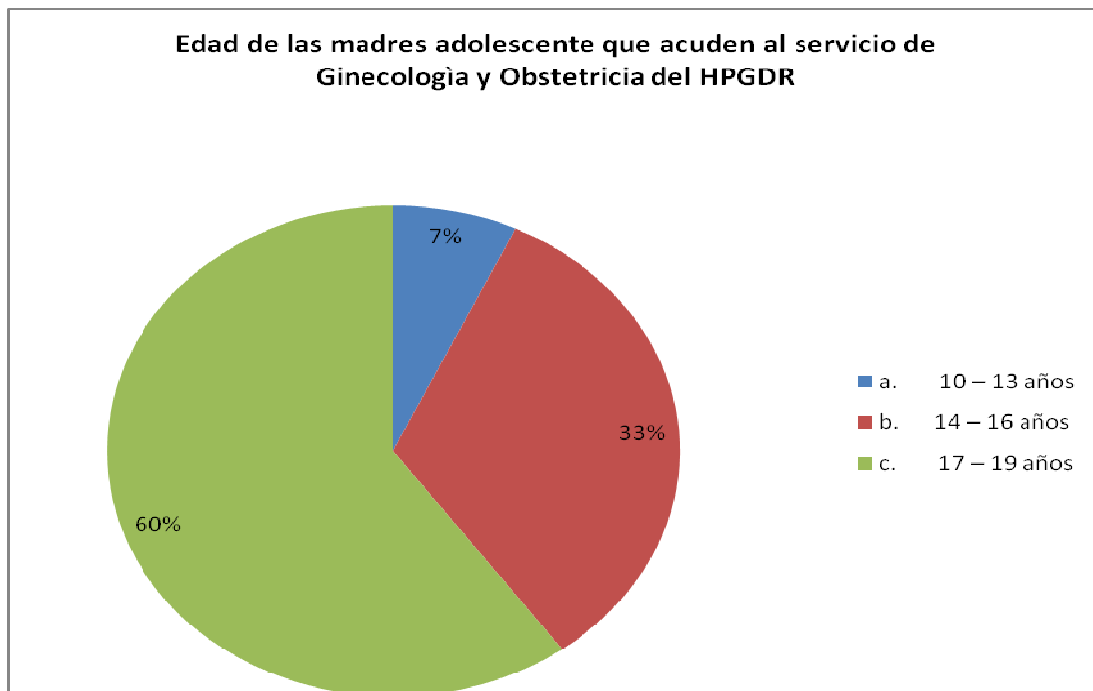
RESULTADO DEL ANALISIS DE LA HISTORIA CLINICA Y APLICACIÓN DE GUÌA DE OBSERVACIÓN

1. Edad de las madres adolescente que acuden al servicio de Ginecología y Obstetricia del HPGDR

Ítem	Número	Porcentaje
a. 10 – 13 años	2	7%
b. 14 – 16 años	10	33%
c. 17 – 19 años	18	60%

Fuente: Historia clínica y Guía de observación

Elaborado por: Yessica Hinojosa & Gladys Ortega



Fuente: Historia clínica y Guía de observación

Elaborado por: Yessica Hinojosa & Gladys Ortega

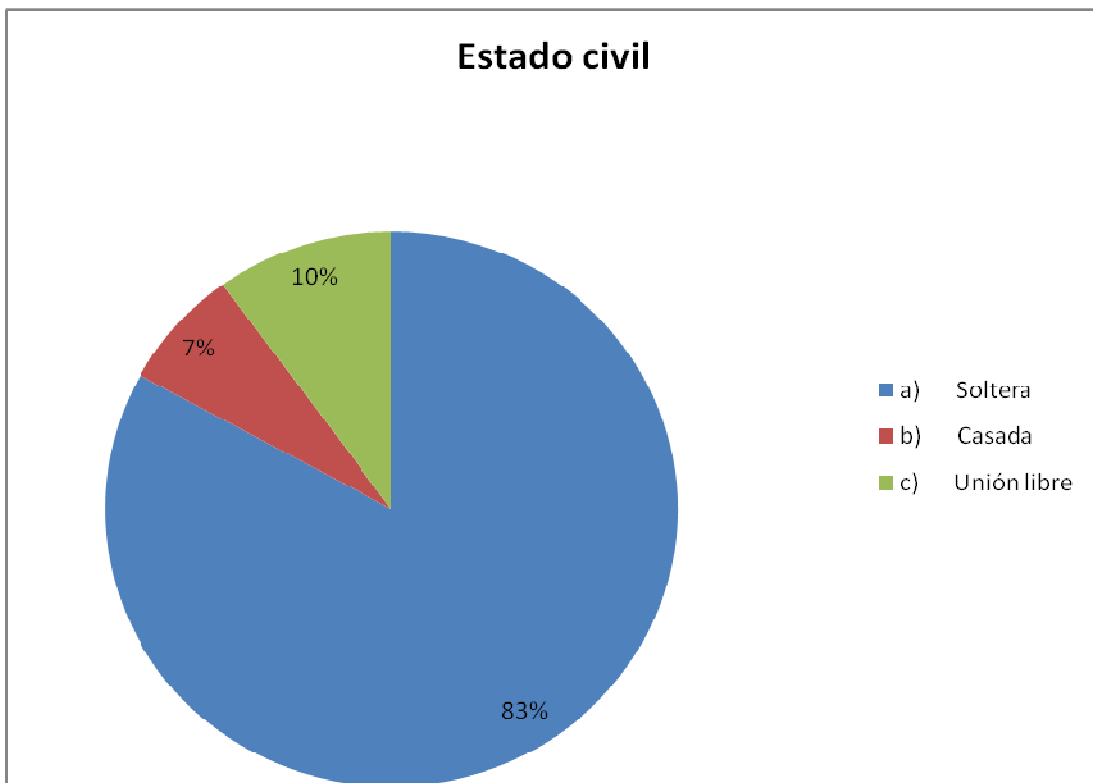
Análisis.- El 7% de adolescentes se encuentra en una edad de 10 a 13 años de edad, y un 60% se encuentra en la edad de 17 a 19 años.

2. Estado civil

Ítem	Número	Porcentaje
a) Soltera	25	83%
b) Casada	2	7%
c) Unión libre	3	10%

Fuente: Historia clínica y Guía de observación

Elaborado por: Yessica Hinojosa & Gladys Ortega



Fuente: Historia clínica y Guía de observación

Elaborado por: Yessica Hinojosa & Gladys Ortega

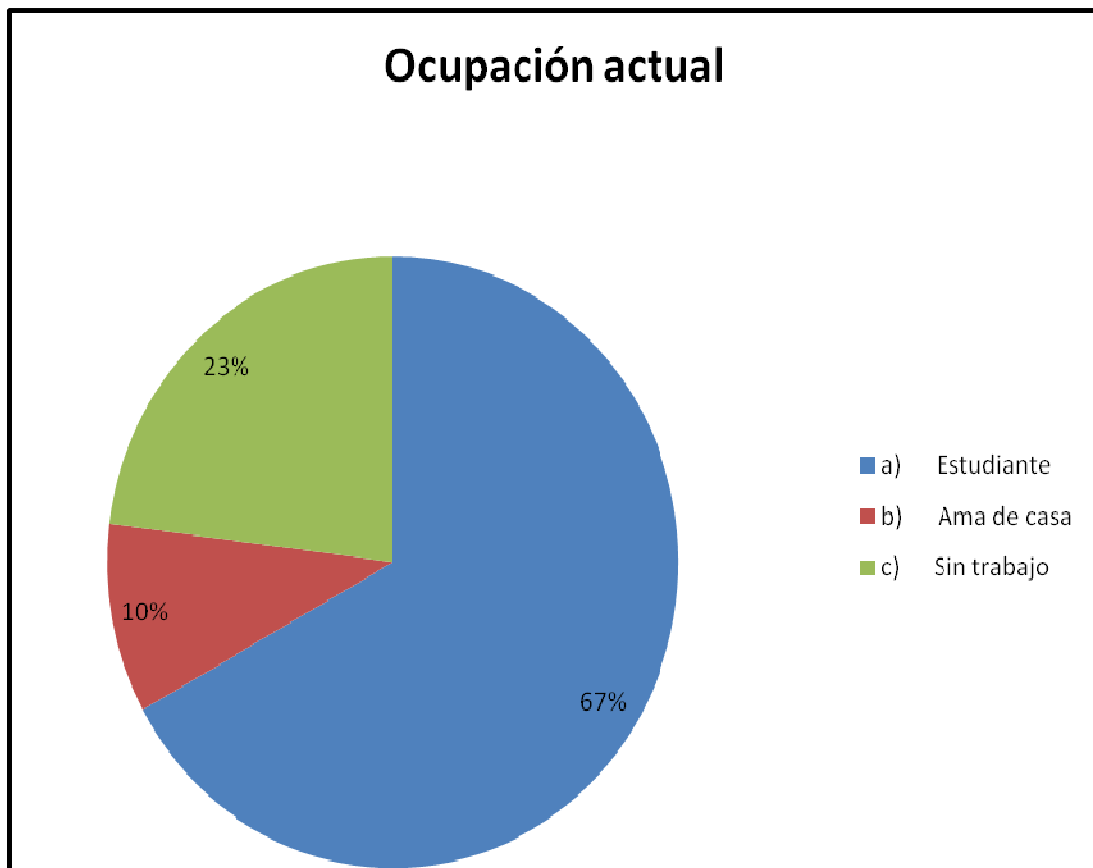
Análisis.- El 83% es madre soltera y un 7% es casado, teniendo en cuenta que el apoyo emocional que puede brindar su pareja sentimental no va hacer el mismo que el de su familia, de esta manera la adolescente se vuelve más vulnerable.

3. Ocupación actual

Ítem	Número	Porcentaje
a) Estudiante	20	67%
b) Ama de casa	3	10%
c) Sin trabajo	7	23%

Fuente: Historia clínica y Guía de observación

Elaborado por: Yessica Hinojosa & Gladys Ortega



Fuente: Historia clínica y Guía de observación

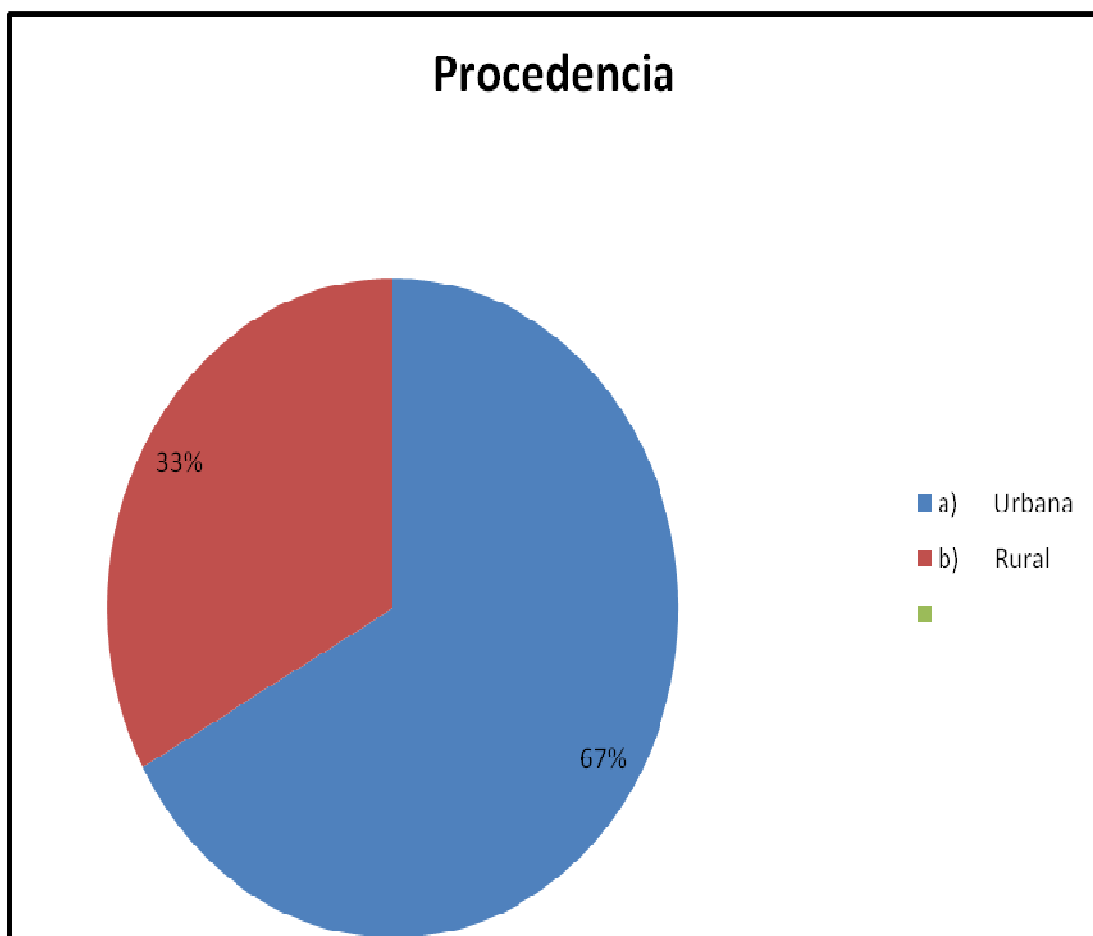
Elaborado por: Yessica Hinojosa & Gladys Ortega

Análisis e interpretación.- El 67% se encuentra estudiando, y un 10% se dedica a los quehaceres del hogar, con ello podemos determinar que el cuidado de los hijos estará bajo la responsabilidad de otras personas.

4. Procedencia

Ítem	Número	Porcentaje
a) Urbana	20	67%
b) Rural	10	33%

Fuente: Historia clínica y Guía de observación
Elaborado por: Yessica Hinojosa & Gladys Ortega



Fuente: Historia clínica y Guía de observación
Elaborado por: Yessica Hinojosa & Gladys Ortega

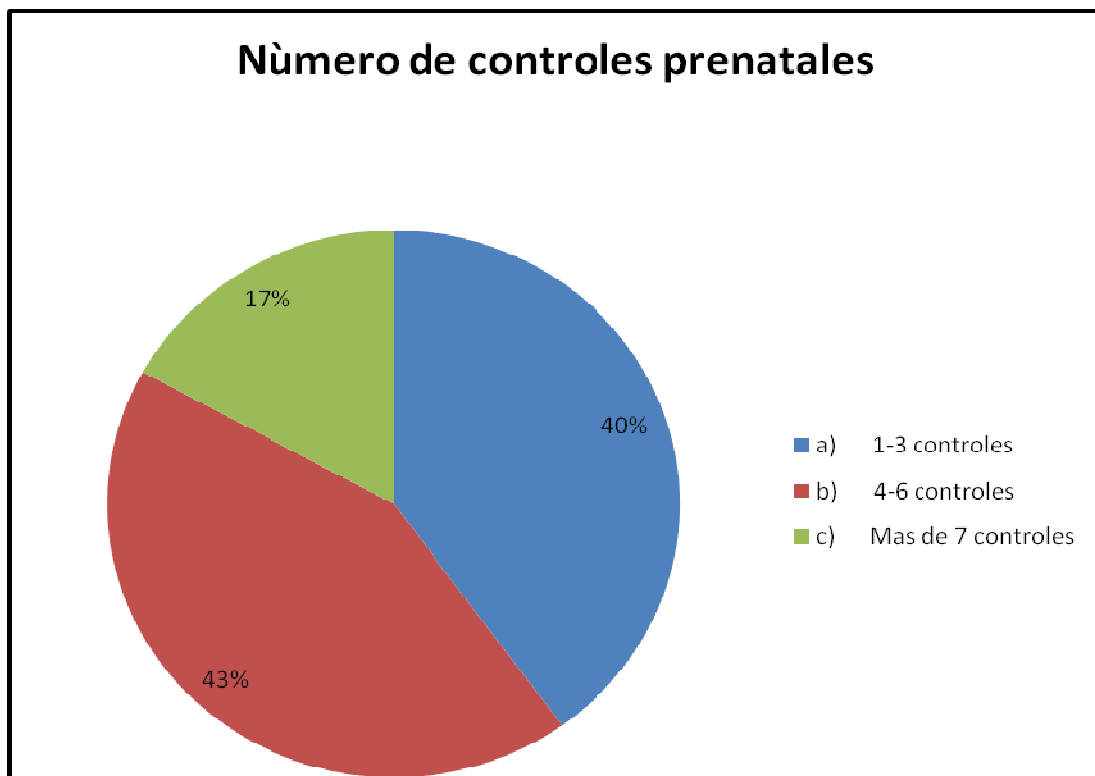
Análisis e interpretación.- El 67% de las adolescentes proviene de la zona urbana y un 33%, proviene de zona rural, con lo que suponemos que la libertad y el medio en el que se desenvuelven las adolescentes en la ciudad puede ser un factor influyente para que se den los embarazos.

5. Número de controles prenatales

Ítem	Número	Porcentaje
a) 1-3 controles	12	40%
b) 4-6 controles	13	43%
c) Mas de 7 controles	5	17%

Fuente: Historia clínica y Guía de observación

Elaborado por: Yessica Hinojosa & Gladys Ortega



Fuente: Historia clínica y Guía de observación

Elaborado por: Yessica Hinojosa & Gladys Ortega

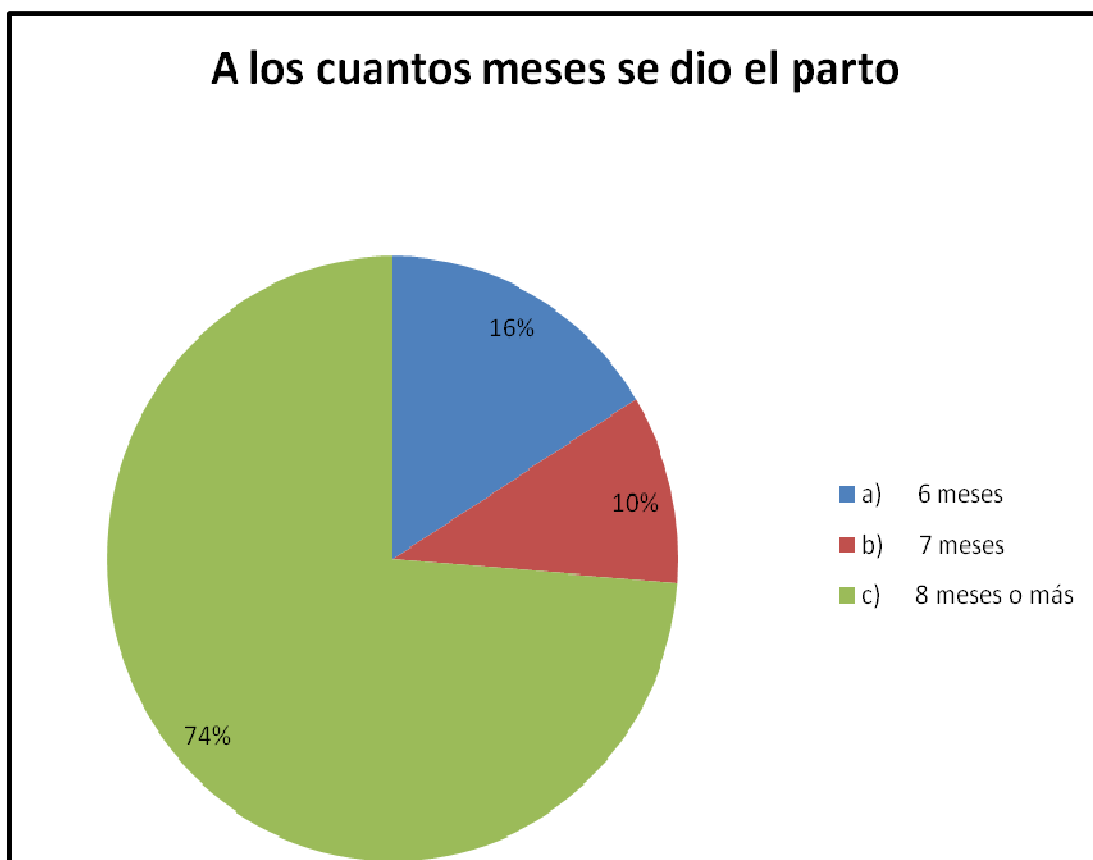
Análisis e interpretación.- El 43% de las adolescentes se realizó de 4 - 6 controles y el 40% se realizó de 1 – 3 controles. Los controles prenatales son muy importantes para conocer el desarrollo y crecimiento del feto, si no lo hacen están poniendo en riesgo su salud y la de sus hijo.

6. Meses al momento del parto

Ítem	Número	Porcentaje
a) 6 meses	5	16%
b) 7 meses	3	10%
c) 8 meses o más	22	73%

Fuente: Historia clínica y Guía de observación

Elaborado por: Yessica Hinojosa & Gladys Ortega



Fuente: Historia clínica y Guía de observación

Elaborado por: Yessica Hinojosa & Gladys Ortega

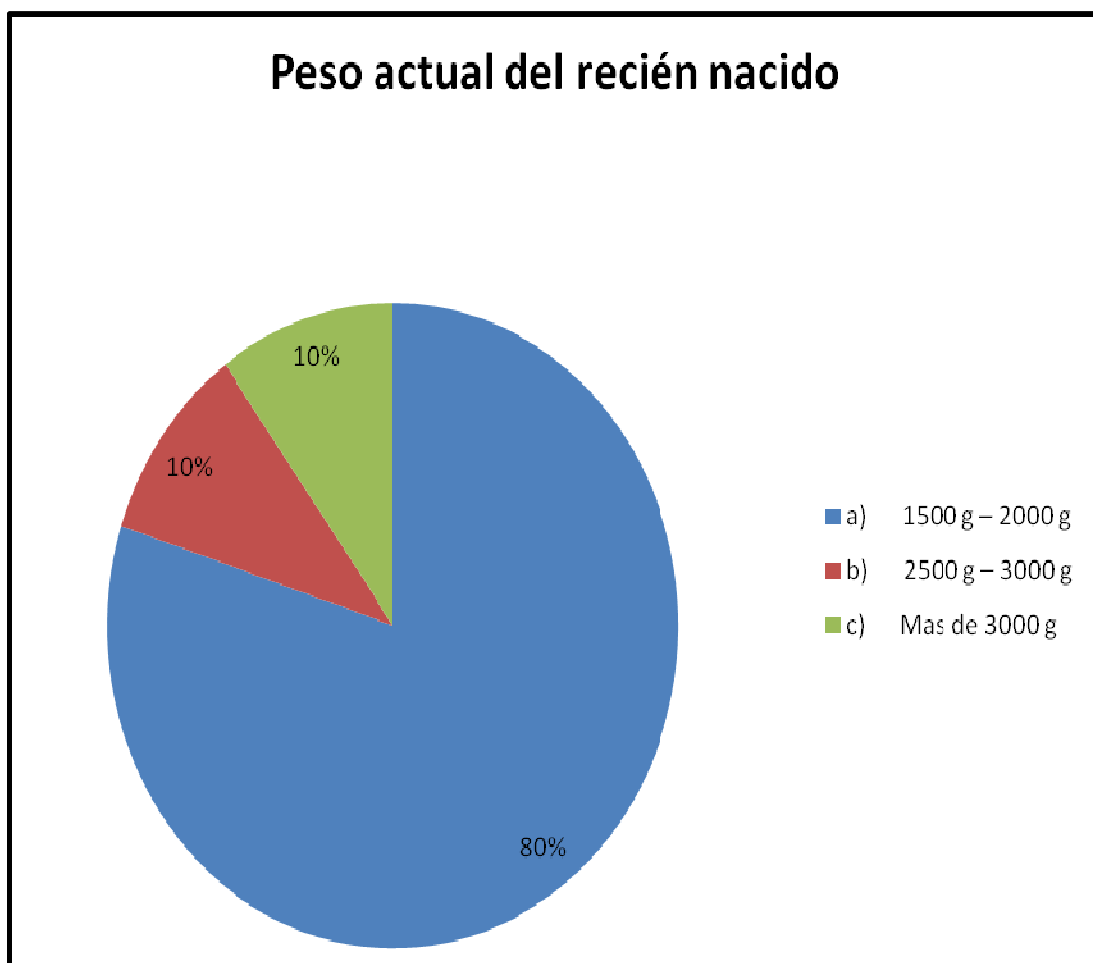
Análisis e interpretación.- El 74% de los partos se produjeron desde los 8 meses o más y el, 16% se produjo en los 6 meses, aspectos que pueden estar determinados por la edad materna, complicaciones en el embarazo y un disminuido número de controles prenatales.

7. Peso actual del recién nacido

Ítem	Número	Porcentaje
a) 1500 g – 2000 g	24	80%
b) 2500 g – 3000 g	3	10%
c) Mas de 3000 g	3	10%

Fuente: Historia clínica y Guía de observación

Elaborado por: Yessica Hinojosa & Gladys Ortega



Fuente: Historia clínica y Guía de observación

Elaborado por: Yessica Hinojosa & Gladys Ortega

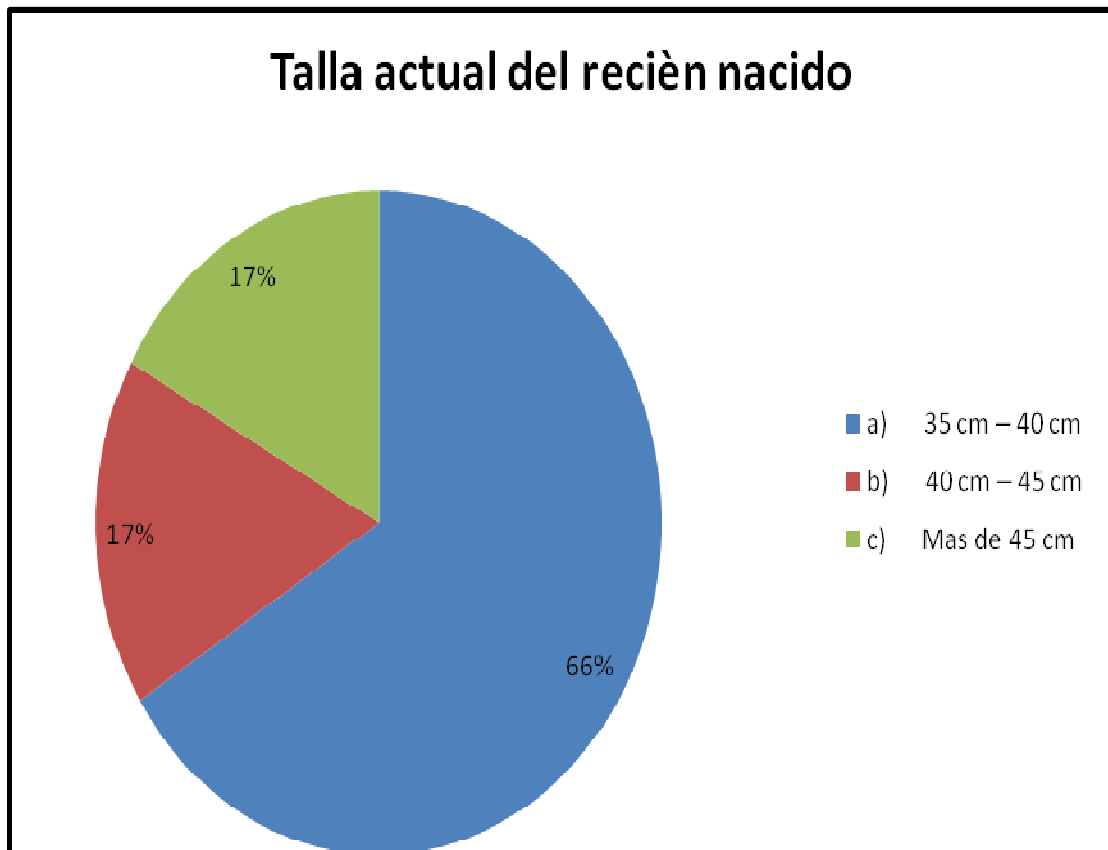
Análisis.- El 80% nació con un peso de 1500g - 2000g, y el (10%) nació con un peso de 2500g –3000g. Marco teórico (13)

8. Talla actual del recién nacido

Ítem	Número	Porcentaje
a) 35 cm – 40 cm	20	66%
b) 40 cm – 45 cm	5	17%
c) Mas de 45 cm	5	17%

Fuente: Historia clínica y Guía de observación

Elaborado por: Yessica Hinojosa & Gladys Ortega



Fuente: Historia clínica y Guía de observación

Elaborado por: Yessica Hinojosa & Gladys Ortega

Análisis.- El 66% tiene una talla de 35 cm – 40 cm y el 17% tiene una talla de 40 cm – 45 y más.

9. Alojamiento conjunto con la madre

Ítem	Número	Porcentaje
a) SI	25	83%
b) NO	5	17%

Fuente: Guía de observación

Elaborado por: Yessica Hinojosa & Gladys Ortega



Fuente: Guía de observación

Elaborado por: Yessica Hinojosa & Gladys Ortega

Análisis e interpretación.- El 83% de los niños se encuentra junto a su madre y en servicios de neonatología un 17% de los niños, la separación de la madre y su hijo es debido a problemas respiratorios en el momento del parto en los niños prematuros.

3.6.- COMPROBACIÓN DE LA HIPÓTESIS

En este trabajo investigativo aplicado, en el Hospital Provincial General Docente de Riobamba, nuestra hipótesis planteada fue la siguiente: las causas del embarazo en las adolescentes inciden directamente en el riesgo de complicaciones en el recién nacido en el área de Ginecología y Obstetricia del Hospital Provincial General Docente de Riobamba en el período de enero a julio del 2010.

Los resultados con respecto al conocimiento de las causas de embarazo en las adolescentes evidencian que el 50% de las adolescentes encuestadas es por la irresponsabilidad al decir “no va a pasar nada” y confiarse.

El 50% de las adolescentes encuestadas, consideran que la principal complicación del embarazo en adolescentes es el recién nacido prematuro.

Con la guía de observación, se logro comprobar que los riesgos de complicaciones en los recién nacidos fueron, el bajo peso al nacer con un 80% y una talla baja del 66%.

De esta manera se comprueba y se acepta la hipótesis de investigación, ya que los embarazos en adolescentes si repercuten directamente sobre los recién nacidos, los que presentan al momento del nacimiento, un bajo peso, talla pequeña para la edad gestacional, producto de la inmadurez física de la madre y por los escasos controles prenatales.

CAPITULO IV

4.- CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

4.1.- CONCLUSIONES

- El embarazo en adolescentes hoy en día es un problema de salud pública, no sólo asociado a los trastornos orgánicos propios de la juventud materna, sino porque están implicados factores socio-culturales y económicos que comprometen el binomio madre e hijo.
- Con respecto a los embarazos en adolescentes, se concluyó que las adolescentes pese a conocer sobre los métodos de planificación familiar, no toman conciencia de su uso y deciden tener relaciones sexuales sin protección, siendo un factor imperativo el que dirán de las demás personas y en segundo lugar el factor socio económico de los adolescentes, llegando así a un embarazo no deseado,
- Mediante este trabajo investigativo se llegó a comprobar, que los embarazos en adolescentes si llega a influir en los recién nacidos, producto de su inmadurez física, psicológica, afectando directamente en sus hijos, influyendo así directamente en su peso, talla, dando como resultado además partos prematuros, inclusive llegando a la muerte de la madre como del recién nacido.
- Se llegó a la comprobación que los recién nacidos al ser hijos de madres adolescentes tienen riesgos de complicaciones prenatales y neonatales como lo son bajo peso al nacer, desnutrición, partos prematuros los mismos que conllevan a muchas otras patologías.
- Se logró diseñar el material educativo, el mismo que es un tríptico que tiene como finalidad educar a los jóvenes, para que tomen una conciencia más responsable, evitando los embarazos no deseados en las adolescentes y que disfruten de la etapa de la adolescencia, disminuyendo con esto que los bebés nazcan sin problemas y sobre todo que vengan al mundo en el momento adecuado.

4.2.- RECOMENDACIONES

Dejando de lado la causa obvia de que un embarazo proviene de una relación sexual, podemos decir que las causas del embarazo adolescente son muchas y muy complejas.

La primera y más importante es la falta de técnicas nuevas de educación sexual. Muchos adolescentes llegan a esa edad con información sobre las funciones sexuales, la relación entre los sexos y cómo se previene los embarazos. Sin embargo, la sola información no es suficiente. La verdadera educación no sólo consiste en datos, sino en un conjunto de valores que les dan sentido y permiten construir un proyecto de vida. Dentro de ese proyecto el sexo, la pareja, el matrimonio y la procreación podrán ser elegidos con libertad y responsabilidad.

La falta de ese tipo de educación se debe principalmente a una carencia familiar. En los hogares no se adopta una actitud abierta y comprensiva con respecto al sexo. Muchos padres, dominados por mitos y temores, rehúsan la responsabilidad de formar a sus hijos en el tema del sexo, a pesar de que ellos mismos sufrieron esa carencia en sus familias. El embarazo en las adolescentes tiene consecuencias sociales negativas asociadas al futuro desarrollo de las jóvenes madres. La aceptación social del embarazo en las adolescentes solteras se caracteriza por el rechazo total o parcial tanto de la comunidad como la familia. El abandono es el factor común en estos casos.

Como lo hemos mencionado ya, el embarazo en las adolescentes es la responsabilidad de todos: los religiosos, los centros educativos, los clubes sociales, los padres, los políticos, los médicos y el personal de enfermería en particular, dándole charlas, talleres sobre la educación sexual, y el riesgo que existe en la adolescente de ser madre y el riesgo de complicaciones en su embarazo y en sus hijos.

Para lo cual mediante nuestra propuesta socializar en las áreas de salud y colegios dar a conocer y promover la utilización de nuestros trípticos creados para lograr con ellos que no siga incrementando los embarazos en adolescentes

CAPITULO V

5.1.-PROPUESTA

Este instructivo tiene como finalidad la de incentivar a los/as adolescentes a tener una vida sexual con responsabilidad y que la mejor opción para no tener un embarazo no deseado es la de prevenir.



¿POR QUE PUEDE OCURRIR UN EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA?

- Maltrato, violencia, inestabilidad de la pareja padre madre
- Acoso sexual de un familiar
- Violencia familiar
- Abandono
- Padres migrantes
- Desconocimiento de métodos de planificación familiar.

➤ ¿QUE CONSECUENCIA OCASIONA EL EMBARAZO TEMPRANO?

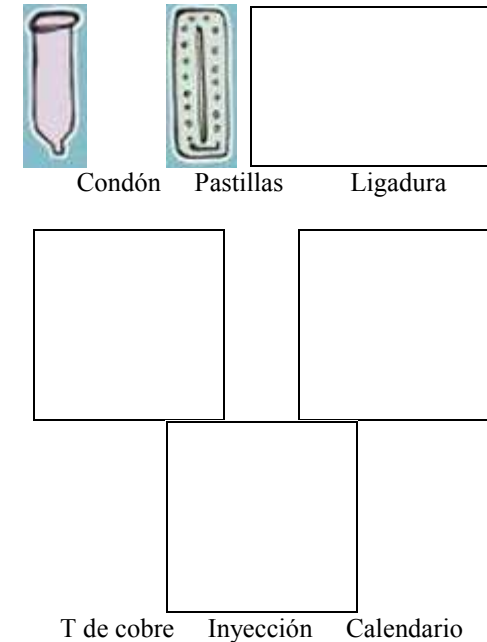


Las adolescentes son las que llevan la carga más pesada, un embarazo en la adolescencia repercute en el ámbito psicológico y social, pues la menor no tiene madurez suficiente para enfrentar la maternidad y a esto se suma el estigma, la expulsión o deserción escolar y la falta de alternativas para continuar con su proyecto de vida.

En el adolescente

- ✓ Abandono de los estudios
- ✓ Frustración
- ✓ Mayor riesgo de abandono, familiar
- ✓ Mayor número de hijos
- ✓ Complicaciones al momento del parto

PREVENCIÓN



Planificación familiar

Es el conjunto de prácticas que pueden ser utilizadas por una pareja orientadas básicamente al control de la reproducción mediante el uso de métodos anticonceptivos en la práctica de relaciones sexuales.

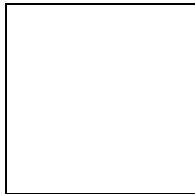
Ser responsables para decir “NO” si aún no están preparados para mantener

relaciones sexuales, para hacerse responsables de las posibles consecuencias y entender el riesgo que se corre con la vida de la madre y del bebe.

“la abstinencia es la mejor forma para prevenir un embarazo.”

RECIEN NACIDO

Se puede denominar recién nacido o neonato, al niño proveniente de una gestación, que nace entre las 37 y 42 semanas gestacionales.

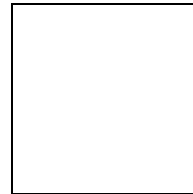


CLASIFICACION DEL RECIEN NACIDO

- ❖ Prematuro (de menos de 37 semanas de gestación)
- ❖ A término (de 37 a 42 semanas de gestación)
- ❖ Postérmino o posmaduro (nacido después de 42 semanas de gestación).

COMPLICACIONES EN LOS RECIEN NACIDOS HIJOS DE MADRES ADOLESCENTES

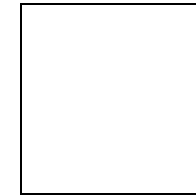
- **Prematurez.-** parto antes de las 36.6 semanas de gestación.
- **Retardo del crecimiento intrauterino.-** Se refiere al crecimiento deficiente de un bebe mientras esta en el útero.
- **Bajo peso al nacer.-** Peso inferior a 2500gr al nacer.
- **Malformaciones congénitas.-** Deformación o falta de un miembro en cuerpo del Recién nacido,.



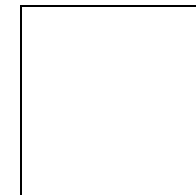
DECISIÓN LIBRE Y RESPONSABLE DE AMBOS PROGENITORES, PERO TENIENDO SIEMPRE COMO BASE EL RESPETO Y MUCHO AMOR.

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD ESCUELA DE ENFERMERÍA



PREVENCIÓN DEL EMBARAZO EN LAS ADOLESCENTES Y RIESGOS DE COMPLICACIONES EN EL RECIEN NACIDOS



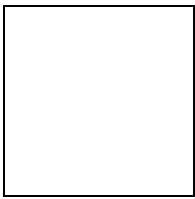
RIOBAMBA NOVIEMBRE 2010

5.2.- BIBLIOGRAFÍA

1. Molina R., Sandoval J., Luengo X.: "Salud sexual y reproductiva del adolescente nos da algunas estadísticas en nuestro país.
2. Coll A.: "Embarazo en la adolescencia" – Clínicas Perinatológicas Argentinas indican algunas de las patologías más asociadas en las adolescentes embarazadas
3. García Sánchez M. H., Hernández Hernández M. L., Manjon Sánchez A, nos habla sobre las tempranas edades a las que empiezan los adolescentes las relaciones sexuales.
4. Escobar & Muñoz (1995). Estudio Cualitativo de la experiencia de los padres adolescentes.
5. Fuentes, M. E. & Lobos, L. (1994). Adolescente Embarazada. UNAM.
6. Gómez, Mildred (1996). El índice de madres adolescentes solteras es muy elevado
7. Aramaya RM, Yacsic W. Embarazo y adolescencia. Rev Boliv Ginecol Obstet
8. Arechavaleta M, Uzcátegui D, Miranda GM, et al. Embarazo de adolescentes. Rev Obstet Ginecol
9. Ariño EM. Embarazo de la adolescente. Acta Médica Costarric
10. Aramaya RM, Yacsic W. Embarazo y adolescencia. Rev Boliv Ginecol Obstet
11. Arechavaleta M, Uzcátegui D, Miranda GM, et al. Embarazo de adolescentes. Rev Obstet Gineco.
12. Ariño EM. Embarazo de la adolescente. Acta Médica Costarric
13. Bachmann C. Adolescencia riesgo reproductivo. Lima Edit Omega S A Concytec.
14. Cano López, Ana Maria .El embarazo en la adolescencia .Resultado de dos .La Habana Editorial Pueblo y Educación
15. Cruz YO, Lugones BM. Morbilidad en las gestantes menores de 17 años, Rev Cuba Obstet Ginecol

16. Cypriano AF, Cypriano MC, Azambuja K. Gravidez en adolescencia: alto riesgo. *Klinikos*
17. Darze E. La adolescencia y su salud reproductiva: desempeño obstétrico de primigestas de edad igual y menor a 16 años. *Rev Bras Ginecol Obstet*
18. Dra. Domínguez García, Laura psicología del desarrollo adolescencia y juventud. La Habana. Editorial Félix Varela 2003
19. Freyre RE. Adolescentología: una experiencia singular. *Diálogo Médico* 1988; 4(4): 28-35.
20. Freyre E, Paredes N. Desarrollo psicosocial del adolescente: etapas y tareas evolutivas. *Diagnóstico* 1983; 12:53-7.
21. Gálvez MA. Embarazo en adolescentes. *Rev Boliv Ginecol Obstet* 1989; 12(1): 10-4.
22. Gómez Duque P. Características personales y educación sexual recibida en adolescentes antes de la primera relación sexual. Bogotá 1988; 80.
23. Gabral AC, Peixoto R, Miranda S, et al. Gravidez en adolescencia. *J Bras Ginecol* 1985; 95(6): 251 -3.
24. Kably Ambe A, Mar de la Rosa, Orozco M, et al. Embarazo en la adolescente. Análisis de 500 casos. *Ginecol Obstet Mex* 1982; 50(303): 179-82.
25. López A, Fanny V, Seher N, et al. Gravidez en adolescencia: estudio comparativo. *Rev Salud Pública* 1989; 23(6): 473-7.
26. López C, Bracho C, Valderranna I, et al. La adolescente embarazada: morbimortalidad materna y fetal. *Obstet Ginecol Venezuela* 1982; 52 (10):17-32.
27. Lic. .Ortiz .Sexología y Sociedad .Consecuencias Medicas y biológicas del embarazo en la adolescencia 1997.
28. Lic. Raquel Fernández Pacheco. La salud Reproductiva en adolescentes. La Habana, 1995.
29. Mathias L, Maia EM, Maia FE, et al. Estudio comparativo entre primigestas adolescentes y primigestas de 18 a 25 años. *J Bras Ginecol* 1981; 91(2): 89-92.

30. Martínez AE, Weldt Suazo E, Iglesias DJ et al. Experiencia en una unidad de gestantes precoces, Rev Chil Obstet Ginecol 1985; 50(2): 127-39.
31. Moreno RA, Adolescentes y embarazo. Rev Colomb Obstet Ginecol 1989: 227-32.
32. Peláez Mendosa Jorge .Sexología y sociedad .Adolescentes embarazadas .Año 1 N 2 septiembre 1995 Cuba.
33. Páex AG, Rath Kamp M, Celis M, et al. Embarazo en madres adolescentes en una comunidad rural de María Pinto. Bol Hospital San Juan de Dios 1989: 185-8.
34. Palma R, Linnes W. El aborto en Maternidad de Lima con énfasis en adolescentes. Acta Med Peruana 1985; 88-91.
35. 21.Parra J, Pinedo A, Távara L, Vereau Ayasta, Comportamiento reproductivo de las adolescentes. Ginecol Obstet, 1991; 106.
36. Pérez S, Donoso S. Obstetricia 2ª Edic- Santiago de Chile 1992. Edit Mediterráneo.
37. Solís FF, Mardones C, Castillo ME. Aspectos demográficos de la población adolescente chilena. Cuad Med Soc Santiago de Chile 1992. 51-62.
38. Urrutia Barroso, Lourdes. Sociología y trabajo social aplicado. La Habana. Editorial Félix Varela 2003 (Pág. 462)
39. Vargas C, Ramírez J, Muñoz AM. Embarazo de la adolescente, Bol Hosp San Juan de Dios 1983; 244-51.
40. Wilhelm J, López G, Gilk, et al. La edad materna como factor de riesgo en el embarazo en la selva del Perú. Diagnóstico 1991: 80-4.



ANEXO 1

**DISTRIBUCION DEL ÀREA FISICA Y RECURSOS HUMANOS DEL
HPGDR**

DEPARTAMENTO		(CAMAS)	RECURSOS HUMANOS	
Medicina interna		42	Traumatólogos	3
Cirugía		45	Cirujanos	3
Ginecología y obstetricia		72	Gineco-obstetras	10
Pediatría		20	Pediatras	16
Neonatología		15	Clínicos	8
Sala de quemados		6	Psiquiatría	1
UCI		8	Anestesiólogos	7
Emergencia		30	Médicos de Emergencias	6
			Químicos	2
			Farmacéuticos	
Recuperación Pos- anestésica		12	Medico laboratorista	1
Quirófanos		7	enfermeras	42
Consultorios externos		22	Auxiliares de enfermería	105

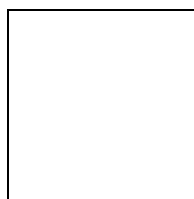
ANEXO 2

**DISTRIBUCION DEL PERSONAL DE ENFERMERIA QUE LABORA EN
LOS DIFERENTES SERVICIOS DEL HPGDR**

SERVICIOS	ENFERMERAS	AUXILIARES DE ENFERMERIA	INTERNAS
Centro quirúrgico	14	14	1

□

ANEXO 3



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA DE ENFERMERÍA

**ENCUESTA DIRIGIDA A LAS MADRES ADOLESCENTES ATENDIDAS
EN EL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL
PROVINCIAL GENERAL DOCENTE DE RIOBAMBA.**

Objetivo.- identificar causas del embarazo en las adolescentes y riesgos en el recién nacido en el área de Gineco-Obstetricia

Instrucciones

- Lea y analice con detenimiento cada una de las preguntas establecidas en esta encuesta, ya que los resultados se utilizarán para plantear alternativas de mejoramiento de la atención integral del paciente.
- Marque con una x la respuesta correcta.
- Cualquier duda sobre los ítems establecidos favor preguntar al encuestador.

1 ¿Cuál cree que son las principales causas de un embarazo en la adolescencia?

- a. La falta de información y de educación suficiente sobre el comportamiento sexual responsable.....
- b. La irresponsabilidad de los jóvenes al decir “no va a pasar nada” y confiarse.....
- c. El alcohol y las drogas que llevan a no cuidarse.....

2 ¿Cuántos casos de embarazo en la adolescencia conoce?

- a. Uno solo
- b. 2 o más de dos
- c. Ninguno

3 ¿Usted a qué edad inicio las relaciones sexuales?

- De 12 a 14
- De 15 a 17
- De 18 y más

4 ¿Usted ha recibido educación sexual?

- Si
- No

5 ¿Conoce usted métodos de planificación familiar?

- Si
- No

6 ¿Cuáles son los métodos anticonceptivos que usted conoce?

- a. Preservativo
- b. Pastillas orales
- c. Otros.....

7 ¿Cuál cree usted que son las causas para que los adolescentes no usen métodos anticonceptivos?

- a. Vergüenza de comprar
- b. Falta de dinero
- c. Otros

8 ¿Conoce usted las complicaciones más frecuentes en el recién nacido de madres adolescentes?

- a. Si
- b. No

9 Señale los riesgos de complicaciones mas frecuentes en el recién nacido

- a. Recién Nacido prematuro.....
- b. Neonatos de bajo peso.....
- c. Retardo del crecimiento intrauterino.....

10 ¿Conoce usted que es el bajo peso al nacer?

- a. Si.....
- b. No.....

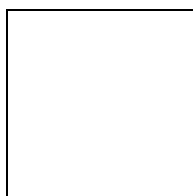
11 ¿Le educaron a usted los riesgos de complicaciones que puede presentar su bebe al momento de nacer?

- a. Si.....
- b. No.....

12 ¿Presentó usted alguna de las siguientes enfermedades durante el embarazo?

- a. Amenaza de parto prematuro.....
- b. IVU.....
- c. HTA.....

ANEXO 4



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA DE ENFERMERÍA

**GUIA DE OBSERVACIÓN DIRIGIDA A LAS MADRES ADOLESCENTES
ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL
HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL DOCENTE DE RIOBAMBA**

Nombre de la Institución.....

Nombre de los observadores.....

Fecha.....

OBJETIVO.-Comprobar mediante la observación directa las complicaciones de los recién nacidos hijos de madres adolescentes.

- 1. Edad de las madres adolescente que acuden al servicio de Ginecología y Obstetricia del HPGDR**

- a) 10 – 13 años
- b) 14 – 16 años
- c) 17 – 19 años

2. Estado civil

- a) Soltera.....
- b) Casada.....
- c) Unión libre.....

3. Ocupación actual

- a) Estudiante.....
- b) Ama de casa.....
- c) Sin trabajo.....

4. Procedencia

- a) Urbana.....
- b) Rural.....

5. Número de controles prenatales

- a) 1-3 controles
- b) 4-6 controles
- c) Mas de 7 controles

6. Meses al momento del parto

- a) 6 meses.....
- b) 7 meses.....
- c) 8 meses o más.....

7. Peso actual del recién nacido

- a) 1500 g – 2000 g.....
- b) 2500 g – 3000 g.....
- c) Mas de 3000 g.....

8. Talla actual del recién nacido

- a) 30 cm – 35 cm.....
- b) 40 cm – 45 cm.....
- c) Mas de 45 cm.....

9. Alojamiento conjunto

- a) SI.....
- b) NO.....