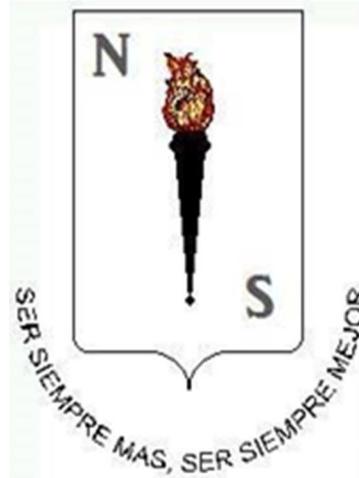


ESCUELA DE ENFERMERÍA DE NUESTRA SEÑORA DE LA SALUD
INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

CLAVE:8722



TESIS

CUIDADOS DE ENFERMERÍA POR JEAN WATSON, EN ADOLESCENTES DE
13 A 18 AÑOS EN TRABAJO DE PARTO Y POST-PARTO.

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRÍCIA

PRESENTA:

GUADALUPE MORÁN URIBE

ASESORA DE TESIS:

LIC. EN ENF. MARÍA DE LA LUZ BALDERAS PEDRERO

MORELIA, MICHOACÁN. 2019



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

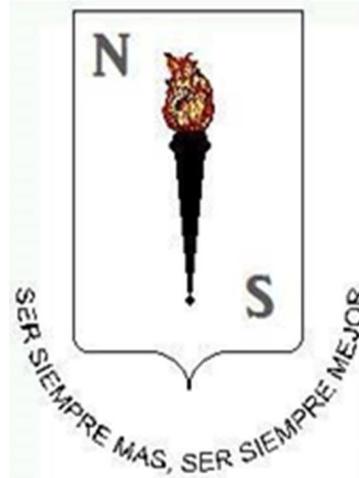
DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

ESCUELA DE ENFERMERÍA DE NUESTRA SEÑORA DE LA SALUD
INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

CLAVE:8722



TESIS

CUIDADOS DE ENFERMERÍA POR JEAN WATSON, EN ADOLESCENTES DE
13 A 18 AÑOS EN TRABAJO DE PARTO Y POST-PARTO.

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRÍCIA

PRESENTA:

GUADALUPE MORÁN URIBE

ASESORA DE TESIS:

LIC. EN ENF. MARÍA DE LA LUZ BALDERAS PEDRERO

MORELIA, MICHOACÁN. 2019

ÍNDICE

1 INTRODUCCIÓN	1
2 MARCO TEÓRICO	3
2.1 VIDA Y OBRA	3
2.2 INFLUENCIAS.....	7
2.3 HIPÓTESIS.....	8
2.4 JUSTIFICACIÓN.....	9
2.5 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	10
2.6 OBJETIVOS.....	11
2.6.1 GENERAL.....	11
2.6.2 ESPECÍFICOS.....	11
2.7 MÉTODOS.....	12
2.8 VARIABLES.....	13
2.9 ENCUESTAS.....	14
2.9.1 ENCUESTAS PARA ADOLESCENTES.....	15
3 CONCEPTUALIZACIÓN.....	18
3.1 EL EMBARAZO ADOLESCENTE.....	22
3.1.1 DEFINICIÓN.....	22
3.1.2 CARACTERÍSTICAS	22
3.1.3 CONSECUENCIAS.....	22
3.2 CUIDADO.....	24
3.3 AUTOCUIDADO	25
4 CONCEPTUALIZACION GENERAL.....	27
4.1 NATURALEZA DEL EMBARAZO	28
4.2 EL EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA.....	30
4.3 FACTORES INFLUYENTES.....	31
4.4 EL PARTO	32
4.5 PERÍODOS.....	32
4.6 CLASIFICACIÓN DE PARTO.....	35
4.7 SIGNOS Y SÍNTOMAS PREVIOS AL PARTO	36
4.8 SIGNOS Y SÍNTOMAS DEL TRABAJO DE PARTO.....	36
4.9 EL POST-PARTO	37
4.10 EXÁMENES COMPLEMENTARIOS.....	39

5 COMPLICACIONES MATERNAS, EMBARAZO DE ALTO RIESGO.....	40
5.1 EDAD.....	41
5.2 SER PRIMIGESTA.....	42
5.3 ABORTO.....	42
5.4 ANEMIA (hierro, ácido fólico).....	44
5.5 INFECCIONES URINARIAS (bacteriuria asintomática).....	48
5.6 PREECLAMPSIA.....	50
5.7 HEMORRAGIAS POR AFECCIONES PLACENTARIAS.....	52
5.8 DESNUTRICIÓN MATERNA.....	53
5.9 PARTO PREMATURO.....	62
5.10 RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS (RPM).....	63
6 NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-007-SSA2-1993, ATENCION DE LA MUJER DURANTE EL EMBARAZO PARTO Y PUERPERIO Y DEL RECIEN NACIDO. CRITERIOS Y PROCEDIMIENTOS PARA LA PRESTACION DEL SERVICIO.....	64
6.1 OBJETIVO.....	64
6.2 CAMPO DE APLICACIÓN.....	64
6.3 ESPECIFICACIONES.....	65
6.4 CRITERIOS DE REFERENCIA.....	67
6.5 PREVENCIÓN DE BAJO PESO AL NACIMIENTO.....	68
6.6 ATENCIÓN DEL PUERPERIO.....	71
6.7 APENDICES NORMATIVOS.....	72
6.8 CRECIMIENTO Y DESARROLLO INTRAUTERINO.....	73
7 MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR PARA LA ADOLESCENTE Y PERSONAL INVOLUCRADO PARA LA ORIENTACIÓN.....	74
7.1 BENEFICIOS DE LA PLANIFICACION FAMILIAR Y ACCESO A MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS.....	75
7.2 ¿QUIENES PRESTAN LOS SERVICIOS DE PLANIFICACION FAMILIAR Y A QUIENES VA DIRIGIDO?.....	76
7.3 INFORMACIÓN QUE DEBE PROPORCIONAR EL CONSEJERO DE PLANIFICACION FAMILIAR Y EDUCACION SEXUAL.....	77
7.4 MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS.....	81
7.5 MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS RECOMENDADOS PARA LA ADOLESCENTE	82
7.6 LACTANCIA MATERNA.....	83
8 CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL TRABAJO DE PARTO Y POST PARTO.....	92
8.1 EXPEDIENTE CLÍNICO.....	93

8.2 ACTIVIDADES A REALIZAR.....	94
8.3 BIENESTAR MATERNO-FETAL DURANTE LA FASE DE TDP A TRAVÉS DE:	96
8.4 ATENCIÓN DE LA ADOLESCENTE EN PERÍODO DE EXPULSIÓN	97
8.5 PUERPERIO	100
8.6 CUIDADOS EN EL PUERPERIO INMEDIATO	100
8.7 CUIDADOS EN EL PUERPERIO LAS SIGUIENTES 20 HORAS.....	101
8.8 CUIDADOS EN EL PUERPERIO MEDIATO O PRECOZ	102
8.9 CUIDADOS EN EL PUERPERIO TARDÍO	103
CONCLUSIÓN.....	104
10 BIBLIOGRAFÍA	106
10.1BÁSICA.....	106
10.2COMPLEMENTARIA	108
GLOSARIO.....	109

AGRADECIMIENTOS

A mis padres...

Que son un gran apoyo para mí, agradecida estoy con ustedes por la enorme oportunidad de estudiar. Por cuidar a un pedacito de mi ser para continuar. Mi agradecimiento se dirige a ustedes por guiarme en el camino correcto y en todo momento estar conmigo y ayudándome a aprender de mis errores.

A TI MAMÁ

Por ser una guerrera, por ese gran amor y devoción hacia tus hijos, por el apoyo ilimitado e incondicional que siempre me has dado, por esa fortaleza de siempre salir adelante sin importar los obstáculos de la vida, por haberme formado una mujer de bien y ser mi compañera, mi amiga, mi confidente, gracias por darme la vida.

A TI PAPÁ

Por las enseñanzas que me has dado, por darme siempre los ánimos y por sentirte orgulloso de tus hijos.

A los dos muchas gracias por estar conmigo y con mis hermanos.

Lían Santiago

A ti mi "hermoso bebé...", mi motorcito, que día a día eres mi impulso para seguir adelante. Gracias por tu paciencia y entendimiento a tu corta edad.

Daniel

Agradezco infinitamente tu apoyo, por dejarme seguir, por cada día darme ánimos cuando me viste estresada, enojada o llorando. Por nunca dejarme.

A mi abuelita...

A ti bonita que gracias a ti he aprendido tanto y que me aguantaste tanto experimento.

A mi familia

Que me ha dejado poner en práctica mis conocimientos en ellos, que siempre confiaron en mí, por sus palabras de aliento y buenos deseos, Claudia Ramirez, Sergio García, Valeria García, Claudio García, gracias y a cada uno de ustedes por apoyarnos tanto.

A Dios...

Por darme oportunidad y fortaleza de seguir adelante y seguir viviendo, por darme a mi familia y bonitas experiencias. Por dejarme todo aquello bonito en mi vida y alejarme de lo malo, por guiar mi camino en todo momento.

A mis hermanos

Que juntos hemos compartido tantos momentos, aunque no siempre coincidamos, gracias por su paciencia, cariño y cuidado hacia mí, por su apoyo y comprensión en esta etapa. Gracias.

A mi asesor...

Por apoyarnos en nuestras decisiones y aconsejarnos sabiamente para la vida.

A todos mis profesores...

De cada uno aprendí cosas nuevas, han dejado una huella importante en mi corazón al acompañarme en un instante de mi vida, por muy corto o largo tiempo que haya sido compartido me dejan una parte de sí, que siempre estará presente para ayudarme a crecer.

A TODOS AQUELLOS

Que contribuyeron en mi formación académica y profesional.

DEDICATORIAS

Este proyecto lo dedico a:

Mis padres:

Que en todo momento me apoyaron y me mostraron el camino a la superación.

A mis amigos

Por permitirme aprender más de la vida a su lado.

A mis maestros

Por brindarme a manos llenas sus conocimientos y experiencias.

A mis pacientes

Que día a día me han ayudado a crecer como persona y a reafirmar mi compromiso hacia ello.

1 INTRODUCCIÓN

La investigación realizada de la adolescente de 13 a 18 años en trabajo de parto y post parto lleva el propósito de concientizar al profesional de salud para la realización correcta de las actividades que impartirá a la paciente adolescente en el trabajo de parto, así como la atención, educación y apoyo durante el post parto.

Así mismo la profesional de enfermería conocerá los cuidados exclusivos para la adolescente y el apoyo incondicional que se le brindará durante el trabajo de parto para que logre el exitoso nacimiento del bebé, igualmente a su retorno a casa educar a la adolescente los autocuidados que necesitará y cuidados para su bebé, siendo estos un gran apoyo para la calidad de vida de ambos.

Al término del puerperio educará a la adolescente brindando pláticas de educación sexual y enseñará métodos de planificación familiar para evitar la sobrepoblación y también evitar el riesgo de un nuevo embarazo a corto plazo dado que las complicaciones materno fetales aumentarían por la nula recuperación en tan inmaduro cuerpo.

Se dan a conocer algunas de las complicaciones maternas durante el embarazo y trabajo de parto siendo estas las principales causas de mortalidad materna.

Es fundamental la suma de esfuerzos de todo el personal sanitario para alcanzar los objetivos propuestos en esta investigación.

Se conceptualizará embarazo, adolescencia, las edades que abarca la adolescencia, lo que es trabajo de parto y en que consiste cada una de sus etapas, así mismo las complicaciones que trae consigo un embarazo, descritas detalladamente, el embarazo durante la adolescencia y las causas que conllevan a este.

Así mismo se trata de tomar en cuenta el cuidado integral entendiéndose este por aquel cuidado que la enfermera profesional tendrá hacia cualquier paciente sin distinción alguna, en donde todo procedimiento realizado será completo, sensible,

creativo, en dónde se modifique el comportamiento usual y que abarque todas las necesidades de la adolescente, así mismo la profesional involucrará a todo el personal de salud a formar parte del cuidado integral siendo este el enfoque estándar de todos los centros médicos especializados.

Y el cuidado humano que brindará a través de la teoría de Jean Watson, quien describe a la enfermera como una persona genuina con valores, creencias y ética para lograr una atención completa y así mismo explica una relación transpersonal lo que lleva al paciente a confiar plenamente en la sabiduría de la enfermera.

Las adolescentes durante esta etapa del parto presentan una gran desconfianza hacia todo el personal, sobre todo si este no le ha sido visto, por eso es importante crear un ambiente donde ella se sienta segura y pueda confiar en la enfermera su salud y la de su bebé.

Este proceso de interacción solamente se dará entre enfermera- paciente, dado que la enfermera le acompañará durante todo el proceso de parto y post-parto y será quien le brinde consejos y apoyo, para que la adolescente logre ese mismo cuidado en su bebé y también un buen autocuidado que la lleve a un óptimo estado de salud física, mental y social.

La profesional será la encargada de proporcionar la información adecuada y necesaria para que la adolescente los desarrolle, con vocabulario que logre entender de acuerdo a su nivel educativo y la experiencia que posea por ser madre primeriza.

2 MARCO TEÓRICO

2.1 VIDA Y OBRA

MARGARET JEAN HARMAN WATSON

Destacada teórica contemporánea en enfermería. Nacida en Virginia occidental en el año de 1940. Creció en Welch, Virginia occidental, en los Montes Apalaches. Menor de 8 hermanos, siempre vivió rodeada de su numerosa familia.

Watson fue a la escuela en Virginia Occidental. Más adelante fue a la escuela de enfermería Lewis Gale en Roanoke, Virginia. Tras licenciarse en 1961, se casó con Douglas y se trasladaron hacia el oeste, a su estado natal, Colorado.

Douglas fallece en 1998.

Después de trasladarse a Colorado, siguió con su formación en enfermería y con los estudios de licenciatura en la universidad. Continúo sus estudios y obtuvo un bachillerato en ciencias de la enfermería en 1964 en el Campus de Boulder, una maestría en Salud Mental y Psiquiatría en 1966 en el Campus de Ciencias de la Salud y un doctorado en Psicología Educativa y Asistencial en 1973 en Boulder.

Durante su carrera profesional Jean ha participado activamente en programas para la comunidad y ha iniciado numerosas colaboraciones con otros centros en el área del cuidado de la salud.

Ha recibido varios reconocimientos y premios federales en investigación y educación avanzada y ha recibido otros universitarios y privados, fondos para su facultad, proyectos administrativos y becas para el cuidado humano. Sus publicaciones reflejan la evolución de su teoría del cuidado. Todo lo que ha escrito va dirigido a los estudiantes de enfermería y les propone la base antológica, ética y epistemológica para su praxis, así como líneas de investigación. Confirma que el cuidado esta intrínsecamente relacionado con la curación. "La ética y la escala de valores de cuidado, curación y salud comprende el contexto profesional y la misión de la enfermera para la sociedad".

TEORÍA

Watson basa su teoría del cuidado en el trabajo de Nightingale, Virginia Henderson, Hall Leininger, Hegel, Kierkegaard, Gadow y Yalom.

CONCEPTOS:

1. Interacción enfermera-paciente: define al cuidado como un proceso entre dos personas con una dimensión propia y personal, en el que se involucran los valores, conocimientos, voluntad, y compromisos en la acción de cuidar.
2. Campo fenomenológico: corresponde a la persona en su totalidad de experiencias de vida humana, abarcando sentimientos, sensaciones, pensamientos, creencias, objetivos, percepciones.
3. Relación transpersonal de cuidado: para comprender dicho proceso debemos tener en claro dos conceptos básicos, estos son:
 - TRANSPERSONAL: ir más allá del propio ego.
 - CUIDADO TRANSPERSONAL: abrazar y conectarse al espíritu o el alma de los demás a través del proceso del cuidar.
4. Momento de cuidado: es una ocasión en la que la enfermera y otra persona se conectan para el cuidado humano con un punto de contacto en un tiempo y espacio determinado.

Watson estudió el cuidado de enfermería en base a enfoques filosóficos y con base espiritual, ve el cuidado como una idea moral y ético de la enfermería, el cuidado humano como una relación terapéutica básica entre los humanos, enfermera-paciente, describiéndola como una acción relacional, transpersonal e intersubjetivo, lo que le permitió a J. Watson interrelacionar sus premisas teóricas con las premisas básicas de la enfermería.

PREMISA 1

“ El cuidado y la enfermería han existido en todas las sociedades. La actitud de asistencia se ha transmitido a través de la profesión como única forma de hacer frente al entorno.” menciona también “la oportunidad que han tenido enfermeras de obtener una formación superior y de analizar los problemas de su profesión, han permitido a la enfermería combinar su orientación humanística con los aspectos científicos correspondientes.”

PREMISA 2

“ la claridad de la expresión de ayuda de los sentimientos, es el mejor camino para experimentar la unión y asegurar que algún nivel de comprensión sea logrado entre enfermera- paciente”. El grado de comprensión que se da por parte de la enfermera al paciente se definen por la relación transpersonal que han logrado, entendiendo perfectamente que las dos son personas y ambos están para apoyarse y confiar uno en el otro.

PREMISA 3

“ El grado de genuinidad y sinceridad de la expresión de la enfermera, se relaciona con la grandeza y eficacia del cuidado”.

Estas premisas son un reflejo de los aspectos que deben existir entre enfermera-paciente, siendo la enfermera ante todo una persona genuina, con valores, tomando como principales las sinceridad y la honestidad dentro del cuidado, siguiendo con lo espiritual y lo moral integrándolo a su función diaria. Proporcionan el fundamento para el desarrollo ulterior de su teoría:

- Las emociones y la mente de una persona son las ventanas de su alma.
- El cuerpo de la persona está limitado en el tiempo, espacio, pero la mente y el alma no se limitan al universo físico.
- El acceso al cuerpo, mente y alma de la persona será posible si se da un cuidado total.

- El espíritu, lo más profundo de cada ser, o el alma de una persona existe en él y para él.
- Las personas necesitan ayuda y amor de los demás.
- Para encontrar soluciones es necesario los significados.
- La totalidad de la experiencia en un momento dado constituye un campo fenomenológico.

Según Watson , el interés de la enfermería reside en comprender la salud como a la enfermedad y la experiencia humana.

2.2 INFLUENCIAS

VIRGINIA HENDERSON

Nacida en 1897 en Kansas City, muere en marzo de 1996.

En 1921 se gradúa como enfermera en la Escuela del ejército.

En 1922 inicia su trayectoria como docente.

Define cuidado: dirigido a suplir los déficit de autonomía del sujeto para poder actuar de modo independiente en la satisfacción de las necesidades fundamentales.

De igual manera plantea que la enfermera no solo debe valorar las necesidades del paciente, sino también las condiciones, estado y entorno que lo altera, pudiendo modificar el entorno pero identificando al paciente y a su familia como una unidad.

Henderson establece tres tipos de niveles en la relación que establece la enfermera con el paciente en el proceso de cuidar:

1. Nivel de sustitución: la enfermera sustituye en su totalidad al paciente.
2. Nivel de ayuda: la enfermera lleva a cabo sólo aquellas acciones que el paciente no pueda realizar.
3. Nivel de acompañamiento: la enfermera permanece al lado del paciente desempeñando asesoramiento y reforzando el potencial de independencia del sujeto y como consecuencia su capacidad de autonomía.

Es aquí donde Jean Watson se sustenta para brindar un cuidado intrapersonal, que contribuirá a la salud o recuperación de las pacientes.

2.3 HIPÓTESIS

El trabajo de parto en las adolescentes se torna complicado dado que la edad en la que se encuentra para enfrentar dicho proceso es de escasa madurez para comprenderlo.

El cuerpo de una adolescente no está al 100% desarrollado para recibir un nuevo ser por lo tanto tampoco lo está para iniciar un trabajo de parto.

Debido a cambios físicos y hormonales después del trabajo de parto el post parto se vuelve una tarea difícil para la joven madre, puesto que en ocasiones el apoyo familiar o conyugal es nulo.

La enfermera participa activamente dentro de la unidad Toco- quirúrgica en dónde hace la recepción de la adolescente con amabilidad y en un entorno agradable siguiendo los protocolos y manuales de enfermería.

La enfermera se encarga de brindar cuidados y educación a la adolescente en cuestión de cómo realizara algunas actividades fuera del hospital para bienestar suyo y del recién nacido como son: asepsia de episiotomía, higiene personal y del recién nacido métodos de lactancia, signos y síntomas de urgencia para ella o su recién nacido.

Dada la importancia de todos estos elementos que circundan esta problemática podemos definir la siguiente hipótesis como guía de la presente investigación:

“Los cuidados de enfermería en el parto y en el post parto, en adolescentes de 13 a 18 años son de vital importancia para llevar a buen término el nacimiento del neonato y para una recuperación adecuada de la madre, en beneficio de su hijo y de sí misma, así como la disminución de la morbi-mortalidad materno infantil”.

2.4 JUSTIFICACIÓN

La enfermera participa arduamente desde la prevención con métodos anticonceptivos hasta después del nacimiento del nuevo ser, apoyando a la joven madre con los cuidados neonatales y cuidados personales, así como la disminución de complicaciones durante y después del parto.

Es importante orientar de manera adecuada a la adolescente brindando atención integral biopsicosocial donde se involucre la pareja y la familia, así como la eliminación de prejuicios y conjeturas que se realizan ante la misma.

El cuidado humano es el aporte primordial para lograr un óptimo estado de salud en todas las esferas de la persona.

Es difícil durante el parto realizar una capacitación de lo que se debe y no hacer, pero sin embargo es importante el apoyo por parte de la enfermera dado que esta es la compañía en ese momento y es quien deberá explicarle rápidamente el proceso que sucederá en su cuerpo, pues la actitud del personal depende de la seguridad y tranquilidad con la que la paciente afrontará el trabajo de parto.

La adolescencia es una etapa de la vida donde queda ampliamente establecido que el embarazo en esta etapa de la vida implica un alto riesgo tanto para la madre como para el bebé y que en la actualidad estos riesgos no son comprendidos por las adolescentes, por eso la importancia de la educación obstétrica en la adolescencia por los riesgos maternos.

2.5 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La falta de educación en el grupo social de adolescentes, un grupo vulnerable en la sociedad, dado que la falta de educación por parte de la familia, escuela y centros de salud ha disminuido dando por hecho que en al menos uno de estos tres lugares ya ha sido brindada, siendo este pensamiento erróneo.

Esta misma falta de educación conlleva a que la adolescente no reciba atención prenatal complicándose aún más el trabajo de parto siendo de importante riesgo para la vida materno fetal.

También el escaso apoyo que el personal de salud brinda a este grupo social es de escasa información quedando preguntas inconclusas o dudas sobre lo que se les ha explicado con tecnicismos que en la mayoría de los casos son de poca importancia para el adolescente dado que no los entiende.

El cuidado que se brinda en ocasiones no es aportado de manera correcta, no se siguen ciertos parámetros para lograr un cuidado transpersonal. El cuidado que se brinda a la paciente adolescente no es tomado con seriedad, puesto que el personal de salud se deja llevar por prejuicios y por pensar que como es adolescente no sabe, no tiene experiencia haciendo el parto un proceso aún más complicado para la adolescente, contribuyendo en su salud a presentar alguna complicación durante el trabajo de parto, dejándole una mala experiencia, de alguna manera esto es tomado como violencia obstétrica por parte del personal de salud hacia este grupo de adolescentes.

2.6 OBJETIVOS

2.6.1 GENERAL

- Educar a las adolescentes sobre lo que implica el trabajo de parto dentro de una unidad hospitalaria, así como el post parto dentro de la misma unidad y en su hogar. Que estos implican cierta responsabilidad en todas sus etapas, pero sin embargo a corta edad es difícil de asimilar por la variedad de procesos que se llevan a cabo dentro de una unidad hospitalaria, pues no se encuentra dentro de su zona de confort.

2.6.2 ESPECÍFICOS

- Establecer una capacitación detallada a la joven madre como educación prenatal para un adecuado trabajo de parto, también educarles que esta edad no es apropiada para concebir un hijo.
- Así como al personal sanitario que participe durante el parto y post-parto crear conciencia para que se brinde un trato digno a este grupo tan vulnerable en la sociedad para lograr menos complicaciones, menos muertes maternas durante el parto y puerperio, y muertes neonatales a través de una buena educación materna.

2.7 MÉTODOS

Se llevó a cabo una investigación científica exploratoria encaminando al personal de salud, enfermería, a una realidad sobre lo que es el cuidado del trabajo de parto y el post parto en las adolescentes quienes requieren de un gran apoyo en su proceso de maternidad pese de su edad y estado de conciencia en el que se encuentre.

Es especialmente elegido por que el tema ha sido poco tomado en cuenta por la poca o mala atención que se da a este grupo tan vulnerable, por lo tanto no es tomado en cuenta con la importancia que debería, pues es un problema de salud pública que se debe de dar la atención necesaria para disminuir el número de adolescentes en estas situaciones.

A pesar de no ser un tema tan novedoso existe poca información.

También es de tipo explicativo dado que se muestra una gran preocupación hacia este grupo vulnerable donde se determinan algunas de las causas que llevan a este fenómeno que es violencia obstétrica en la adolescencia y que pese a tantos métodos de apoyo el personal no los aplica para brindar una atención y un cuidado humano.

2.8 VARIABLES

Las principales variables:

Los cuidados de enfermería en el trabajo de parto y en el post parto, en adolescentes de 13 a 18 años.

La recuperación adecuada de la madre durante el puerperio que será en beneficio de su hijo y de sí misma.

Edad de la madre donde se considera es de 13 a 18 años determinado como adolescencia, en el cual su experiencia y conocimiento para la concepción de un nuevo ser es nula.

La falta de educación sexual en nuestros adolescentes, la cual debe ser más amplia y explícita para su entendimiento.

Carencia de apoyo familiar por falta de recursos económicos.

Bajo nivel educativo lo que atrae consigo más complicaciones en los cuidados personales y al recién nacido, por parte de la madre adolescente.

2.9 ENCUESTAS

Responda con una X la respuesta que considere correcta.

ENCUESTA PARA EL PERSONAL SANITARIO	SI	NO
1.-¿Sabe que es el embarazo adolescente?		
2.-¿Sabe que edades abarca la adolescencia?		
3.- ¿ Sabe cuáles son las principales causas de embarazo en la adolescencia?		
4.- ¿Considera que el medio rural está asociado con embarazos en la adolescencia?		
5.-¿Sabe qué es educación sexual?		
6.-¿Ha brindado una correcta planificación familiar?		
7.-¿Sabe quiénes son los prestadores de la planificación familiar?		
8.-¿Conoce cuáles son las complicaciones en un embarazo a corta edad?		
9.-¿Ha proporcionado información correcta sobre lo que implica el trabajo de parto?		
10.¿Sabe cuáles son los cuidados en general durante el post parto de la madre y el RN?		

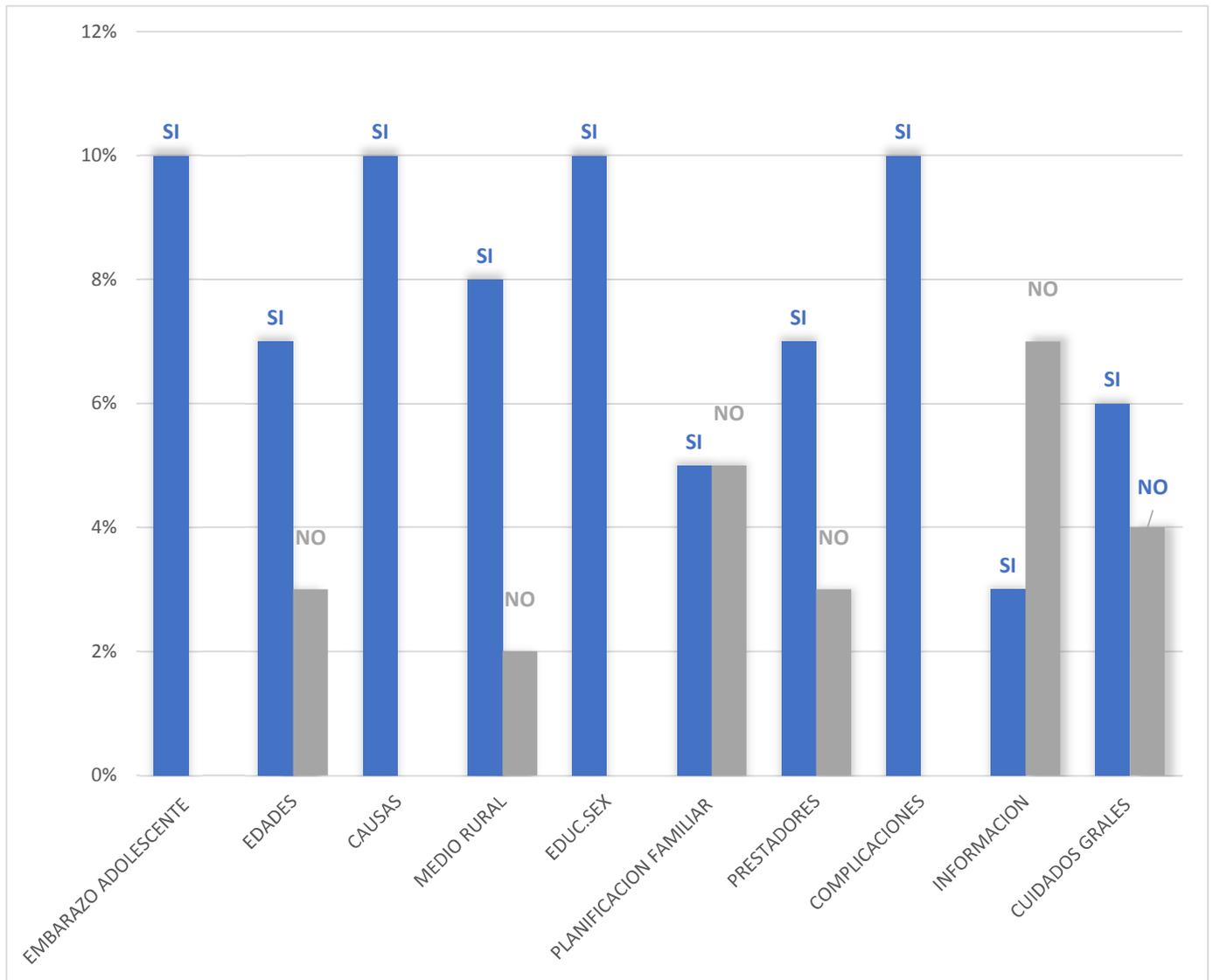
2.9.1 ENCUESTAS PARA ADOLESCENTES

Conteste correctamente. La información aquí proporcionada será confidencial.

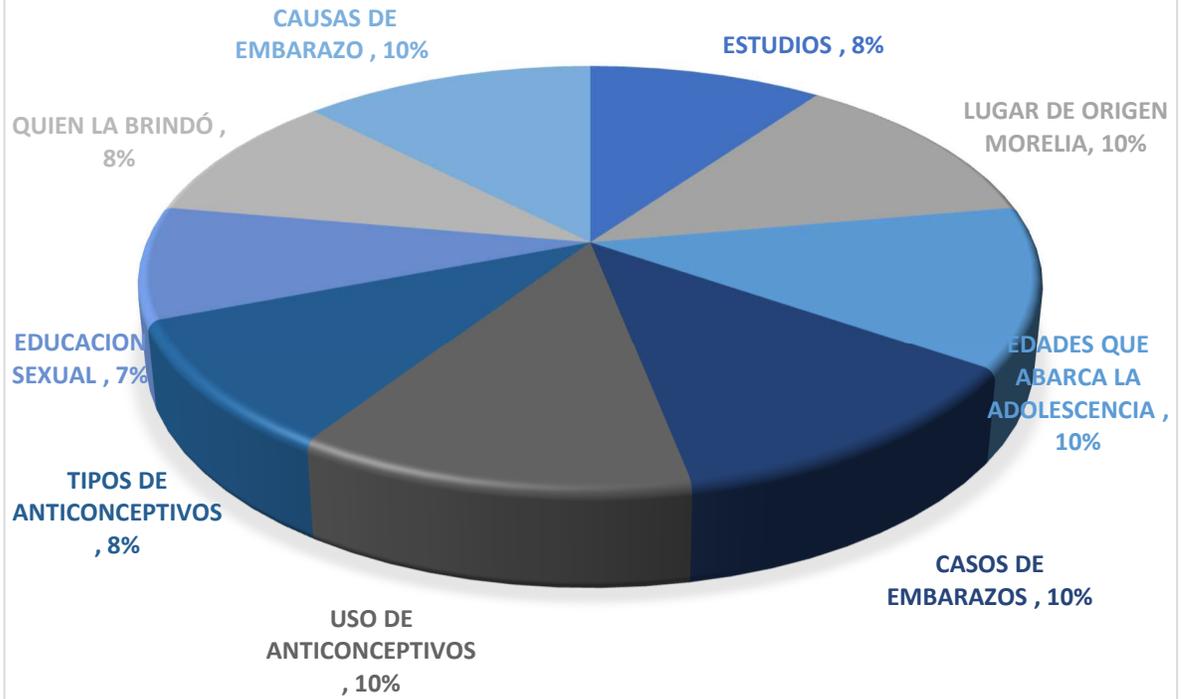
1. ¿Cuál es tu edad y grado de estudios?
2. ¿Cuál es su lugar de origen?
3. ¿Qué edades abarca la adolescencia?
4. ¿Cuántos casos conoce de embarazos en la adolescencia? ¿De quién?
5. ¿Para qué sirven los anticonceptivos?
6. ¿Qué tipo de anticonceptivos conoce?

SI	NO
()	()
()	()
()	()
()	()
()	()
()	()
()	()
7. ¿Sabe qué es la educación sexual?
8. ¿Quién le ha brindado educación sexual?
 - Medios de comunicación
 - Colegio
 - Familia
 - Grupos de amigos
9. ¿Te han brindado educación o consejos post-parto? ¿Cuáles y quién?
10. ¿Por qué crees que se da cada vez más el embarazo a temprana edad?
11. ¿Sufriste o has sufrido algún tipo de discriminación? ¿Por parte de quién

PERSONAL SANITARIO



ADOLESCENTES



3 CONCEPTUALIZACIÓN

Según las OMS (2011) la adolescencia es aquel periodo de la vida entre los 10 y 20 años, en el cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva transitando de los patrones psicológicos de la niñez a la adultez.

Dentro de las etapas de la adolescencia que se da el embarazo son la adolescencia media y la adolescencia tardía estas dos etapas van de los 14 a 19 años. Define el embarazo en la adolescencia como aquel que ocurre dentro de los dos años de edad ginecológica entendiéndose por tal tiempo transcurrido desde la menarca y/o cuando la adolescente es dependiente de su núcleo familiar.

El embarazo durante la adolescencia es considerado 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 las y los jóvenes.

De acuerdo con Blázquez (2014) La adolescencia es una etapa de crecimiento y desarrollo, con adquisición de nuevas funciones en las esferas biológica, psicológica y social, estos cambios no se dan de manera simultánea con la capacidad reproductiva dado que es la primera que se da. La maternidad y la paternidad es una función que se debería de dar en la edad adulta debido a la maduración de las diferentes esferas.

MARÍA SOBEIDA LETICIA BLÁZQUEZ

En opinión de Hernández (2018), el embarazo en la adolescencia limita el desarrollo personal, académico y laboral de los jóvenes que tienen entre 14 y 19 años de edad, lo que genera depresión, aislamiento, etc. En México el embarazo en adolescentes representa el 6.6 % de mujeres en edades de entre 15 y 17 años y que en menores de esta edad corren el riesgo de padecer enfermedades crónico degenerativas como hipertensión, diabetes, desnutrición, anemia e incluso hasta la muerte ya sea materna o fetal, dado que el cuerpo de la madre no está en pleno desarrollo para el proceso de embarazo-parto.

CONSUELO HERNÁNDEZ

De acuerdo con la Secretaría de Salud (2016) el embarazo en la adolescencia puede ocasionar serios problemas de salud a la mamá y al bebé, debido a que el organismo de ella no se ha desarrollado por completo, considerando los riesgos más comunes un aborto espontaneo o lo peor inducido en lugares clandestinos, lo cual es una consecuencia aun mayor por el riesgo que implica que conlleva a una muerte materna. En México ocurren 459 mil nacimientos de madres menores de 19 años cada año y durante el 2014 uno de cada 5 nacimientos fue de madres adolescentes.

SECRETARÍA DE SALUD

El embarazo en la adolescencia, según la Revista médica de Costa Rica y Centroamérica (2013), se define como el que ocurre dentro de los dos años de vida ginecológica, entendiéndose por tal al tiempo transcurrido desde la menarca la adolescencia.

REVISTA MEDICA DE COSTA RICA Y CENTROAMERICA

Hay que distinguir lo que médicamente se conoce como "embarazo precoz", que es el que se presenta durante los dos años posteriores a la primera menstruación, el cual sí representa un riesgo de salud para la mujer. Pero más del 70 por ciento de los embarazos adolescentes ocurren después de los 16 años.

CLAUDIO STERN

Según JEAN WATSON:

PERSONA:

Un ser en el mundo. Unidad de mente, cuerpo , espíritu, que experimenta y percibe.

MEDIO AMBIENTE:

Realidad objetiva y externa además del marco de referencia subjetivo del individuo. El campo fenomenológico o realidad subjetiva, incluye la percepción de si mismo, creencias, expectativas y su historia.

SALUD:

Unidad y armonía entre mente, cuerpo y alma.

IIINTERACCION ENFERMERA PACIENTE:

Lo define al cuidado como un proceso entre dos personas con una dimensión propia y personal, en el que se involucran los valores, conocimientos, voluntad y compromisos en la acción de cuidar.

CAMPO FENOMENOLÓGICO:

Corresponde a la persona en su totalidad de experiencias de vida humana, abarcando sentimientos, sensaciones, pensamientos, creencias, objetivos, percepciones.

CUIDADO TRASPERSONAL:

Conexión entre el espíritu o el alma con los demás a través de los procesos de cuidados y de tratamientos y estar en relación auténtica, en el momento.

TRANSPERSONAL:

Ir más allá del propio ego, permitiéndole a la enfermera alcanzar conexiones espirituales más profundas en la promoción de la comodidad de la curación del paciente.

MOMENTO DE CUIDADO:

Ocasión en la que la enfermera y otra persona se conectan para el cuidado humano con un punto de contacto en un tiempo (trabajo de parto) y espacio determinado (unidad de cirugía).

3.1 EL EMBARAZO ADOLESCENTE

3.1.1 DEFINICIÓN

Es también llamado embarazo precoz. Es aquel embarazo que se produce en mujeres adolescentes, entre el inicio de la adolescencia o pubertad y el final de la adolescencia. En el cual no ha alcanzado aún la mayoría de edad y su situación depende de sus familias.

3.1.2 CARACTERÍSTICAS

La adolescencia empieza a definirse a partir de los 10 años de edad en donde sufren cambios físicos donde es el comienzo de la menstruación, a partir de ese momento la adolescente tiene la capacidad física de procrear un nuevo ser, sin embargo, a su corta edad aun es una niña y no dispone de la preparación ni la capacidad psíquica para serlo.

3.1.3 CONSECUENCIAS

Cuando el embarazo se da en condiciones precoces genera en la adolescente condiciones negativas en su estado como:

- **EMOCIONAL:** no se encuentra preparada para la llegada de un nuevo ser y mucho menos con la corta experiencia que ella tiene para educar y criar correctamente, dado que ella apenas está aprendiendo.

La adolescencia se ve interrumpida intempestivamente cuando existe un embarazo, detiene la auto-aceptación, experimenta más cambios corporales y es ahí donde aparece la imagen de la adolescente embarazada.

- **FÍSICA:** las adolescentes corren el riesgo de experimentar patologías y complicaciones durante el embarazo, parto o puerperio, e incluso muerte materna-fetal. Así como las malformaciones congénitas, desarrollo mental y físico deficientes, por mencionar algunos.

- **PSICOLÓGICOS:** frustración y depresión son problemas principales que sufre la adolescente durante el embarazo, dado que no es la vida que debería llevar acorde a su edad. Se desarrolla un sentimiento de culpa en las adolescentes lo que afecta en su autoestima.
- **SOCIALES:** se ven interrumpidos sus estudios y por lo tanto requieren de apoyo y oportunidades para poder concluirlos dado que tiene a edad temprana la responsabilidad de atender y sustentar a su bebé.
Si no cuenta con una economía estable enfrenta dificultades para sostener las necesidades básicas para ella y su bebé llevándola a tomar caminos o decisiones incorrectas.
También la represión que existe por diferentes grupos sociales frustra a la adolescente llevándola a tomar decisiones incorrectas para su futuro.

3.2 CUIDADO

Los cuidados son una necesidad multidimensional de todas las personas en todos los momentos del ciclo vital, aunque en distintos grados, dimensiones y formas. Constituyen la necesidad más básica y cotidiana que permiten la sostenibilidad de la vida.

IZQUIERDO (2010)

Gestión y el mantenimiento cotidiano de la vida y de la salud con dimensión material, corporal e inmaterial.

ESECÉ (2010), PEREZ OROZCO (2010)

El trabajo de cuidar incluye atención personal e instrumental, vigilancia y acompañamiento, cuidados sanitarios y la gestión y relación con los servicios sanitarios. Cuidar también implica dar apoyo emocional y social. En definitiva, cuidar significa “encargarse de” las personas a las que se cuida.

GARCIA CALVENTE (2011)

El cuidado es el conjunto de actividades y el uso de recursos para lograr que la vida de cada persona, este basada en la vigencia de los derechos humanos. Prioritariamente, el derecho a la vida en primera persona.

LAGARDE (2011)

Cuidar es una actividad humana que se define como una relación y un proceso cuyo objetivo va más allá de la enfermedad. En enfermería, el cuidado se considera como la esencia de la disciplina que implica no solamente al receptor, sino también al enfermera como transmisora de él.

FRANCISCO JAVIER BAEZ, VIANET NAVA (AGOSTO 2010).

Dirigido a suplir los déficit de autonomía del sujeto para poder actuar de modo independiente en la satisfacción de las necesidades fundamentales.

VIRGINIA HENDERSON

Cuidar es una interacción humana de carácter interpersonal, intencional, única, que sucede en un contexto sociocultural, tiene un fin determinado y que refuerza o reafirma la dignidad humana. Es decir, es un proceso intersubjetivo y simétrico, en el cual ambos, quien es cuidado y su cuidador, estableces una relación de doble vía que parte del reconocimiento del otro como ser humano pero diferente, e implica estar con la persona a quien se cuida.

OFELIA TOBON CORREA (2010)

3.3 AUTOCUIDADO

Las acciones que se asumen las persona en beneficio de su propia salud, sin supervisión médica formal, son las prácticas de personas y familia a través de las cuales se promueven conductas positivas de salud para prevenir enfermedades.

MONTALVO PERDOMO, IZQUIERDO MEDINA (12 MAYO 2010)

Responsabilidad que tiene cada individuo para el fomento, conservación y cuidado de su propia salud, es el conjunto de acciones intencionadas que realiza o realizará la persona para controlar los factores internos o externos, que pueden comprometer su vida y desarrollo posterior. 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 su propio desarrollo y actividad en beneficio de la vida, salud y bienestar.

DOROTHEA OREM

Actividades de salud no organizadas y a las decisiones de la salud tomadas por individuos, familia, vecinos, amigos, colegas, compañeros de trabajo, etc.

Comprende la automedicación, el auto tratamiento, el respaldo social en la enfermedad, los primeros auxilios en un ´entorno natural, es decir, en el contexto normal de la vida cotidiana de las personas.

OMS (2010)

Se refiere a las prácticas cotidianas y a las decisiones sobre ellas, que realiza una persona, familia o grupo para cuidar de su salud; estas prácticas son destrezas aprendidas a través de toda la vida, de uso continuo, que se emplean por libre decisión, son el propósito de fortalecer o restablecer la salud y prevenir la enfermedad; ellas responden las capacidad de supervivencia y a las prácticas habituales de la cultura a la que se pertenece.

OFELIA TOBON CORREA (2010)

4 CONCEPTUALIZACION GENERAL

De acuerdo con Gomes, Fonseca y Roballo (2011), consideran que el inicio de la adolescencia comienza con la aparición de los caracteres sexuales secundarios que darán paso a una madurez sexual que ocurrirán dentro de los 10 años hasta la culminación de estos que es alrededor de los 19 o 20 años.

La adolescencia la dividen de la siguiente manera:

- **Adolescencia temprana (10 a 13 años)**
Es un periodo con cambios físicos muy marcados con aceleramiento del crecimiento y por lo tanto el desarrollo de los órganos sexuales que pueden ser motivo de redescubrimiento en su persona dado que es un cambio de niña/o a hombre o mujer, esta transformación también es interna y menos evidente pero de igual importancia dado que hacen conciencia de su género y así mismo irán ajustando su conducta y apariencia, esta etapa es de vital importancia aquí se determinara su sexualidad y por lo tanto requieren de un espacio para visualizar todo ese cambio que ha pasado en su cuerpo así como de un apoyo de papá o mamá quienes darán consejos útiles conforme su entorno lo requiera, ya sea mediante el apoyo de preservativos, prevención de infecciones y futuros embarazos no deseados, acoso sexual, violencia, etc.
- **Adolescencia media (14 a 16 años)**
Es aquí donde prácticamente se ha completado parte del crecimiento y desarrollo, es un periodo de relación máxima con adolescentes de su mismo género donde comparten valores y conflictos dados en su entorno social. Dentro de esta etapa la mayoría a iniciado su vida sexual activa, son vulnerables por el hecho de que aun poseen parte de inocencia e incluso ignorancia pese a su edad aún falta camino por recorrer muchas cosas por experimentar que no solamente deben ser sexuales.
Es aquí donde inicia parte de esta problemática social "EL EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA" que continuara hasta la adolescencia tardía.

- Adolescencia tardía (17 a 19 años)

Ya se han dado gran parte de los cambios físicos notables, aquí se da parte de la aceptación de la imagen corporal, aumenta notablemente la capacidad para reflexionar y analizar sobre determinadas situaciones, así como la importancia del coito ya sea porque se inicie o continúe con su vida sexual activa.

Para la mujer, el embarazo y el nacimiento de un bebé, especialmente del primer hijo, repercuten profundamente en el ámbito físico, mental, emocional y social.

4.1 NATURALEZA DEL EMBARAZO

Es un estado fisiológico de corta duración que se ha de dar con la fecundación del ovulo, este mismo se implanta en el útero para lograr un crecimiento y desarrollo en situaciones normales hasta el momento del parto, de lo contrario desencadenaría o produciría una patología severa, inclusive hasta llegar a la muerte.

Durante el embarazo se llevarán a cabo diferentes procesos como metabólicos, hormonales, morfológicos, fisiológicos, etc. que van encaminados a proteger, nutrir y permitir el crecimiento y desarrollo adecuado del feto. La duración del embarazo puede variar según los factores que se presenten en este.

El embarazo puede ser dividido en tres trimestres.

1er TRIMESTRE: 1 a 12 SDG.

Este periodo es de gran importancia dado que se desarrolla el sistema nervioso del bebé, por eso es de gran relevancia el consumo de ácido fólico en esta edad gestacional, si existe una falta de vitaminas puede ocasionar problemas cerebrales así como la deficiencia del cierre del tubo neural, meningocele, mielomeningocele, etc.

Se forma la cabeza, los brazos, las manos.

La adolescente puede experimentar cambios de humor, pérdida de peso, náuseas, vómito, astenia.

2º TRIMESTRE: 13 a 28 SDG

Crece el abdomen, percibe algunos movimientos fetales.

Desaparecen las náuseas y los vómitos. Aumento de peso gradualmente, 1kg por mes

Disminuye la actividad gastrointestinal por el acomodamiento de los órganos y la sedación del musculo liso por efecto de la progesterona.

En esta etapa puede existir anemia, dependiendo de la alimentación de la adolescente, la cual se verá complementada por el médico a través de vitaminas y minerales básicos para evitar la anemia y algunas otras deficiencias.

La adolescente debe ser vacunada contra el tétanos, dos dosis, una cada mes, esto le servirá para aumentar defensas para ella y el niño y disminuir el riesgo de que presente tétanos.

El bebé seguirá creciendo y mientras la adolescente debe de alimentarse de manera correcta siguiendo los patrones nutricionales que le brinden en su centro de salud o el especialista.

3er TRIMESTRE: 29 a 40 SDG

Comienza la recta final. El abdomen aumentará de volumen frenéticamente aunque ya en las últimas semanas el crecimiento será poco.

La adolescente podrá retener un poco más de líquidos

Su sueño se verá afectado pues ninguna posición le será ideal por el peso que ejerce el feto en sus demás órganos.

Los movimientos fetales disminuyen debido al poco espacio que tiene dentro del útero.

4.2 EL EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA

Se consideran los mismos conceptos solamente se modifica la edad y factores en que se da el embarazo regularmente dentro de los 13 a 18 o 19 años de edad considerada dentro de la etapa de adolescencia media y adolescencia tardía en donde los caracteres sexuales secundarios y órganos reproductores han aparecido, pero no han madurado al 100%.

El embarazo es capaz de ocasionar problemas maternos y fetales, pero se acentúan más en la adolescente trayendo consigo complicaciones y más graves, aumentando las tasas de mortalidad materno-fetal.

La adolescencia y la sexualidad implican cambios en las esferas psicológicas sociales y biológicas de la adolescente, que dejarán una importante experiencia en su vida, mencionaremos algunos de los factores que influyen en el aumento de embarazos adolescentes:

- Tipo de sociedad en la que se encuentran

REPRESIVA: considerando la sexualidad como una conducta inhumana, tabúes

RESTRICTIVA: limitando la sexualidad, aconsejando castidad unilateral (mujer)

PERMISIVA: tolera la sexualidad prematrimonial y entre adolescentes prohibiendo las desviaciones sexuales.

ALENTADORA: mencionando que el coito es de importancia y vitalidad para ser feliz y a más temprana edad inicie su sexualidad favorecerá al individuo siendo esto falso.

4.3 FACTORES INFLUYENTES

Se considera que el embarazo adolescente su tasa es más alta en países en pleno desarrollo y dentro de clases sociales menos favorecidas en diferentes ámbitos, por lo que es considerado un problema de salud de gran importancia dado que las tasas han ido en aumento debido a los empobrecidos programas de prevención, así como los factores anteriores que han sido descuidados tanto por la familia, sector salud y gubernamental.

Los factores que influyen en el aumento de embarazos en adolescentes son:

- Aumento en el número de adolescentes
- Aparición de caracteres sexuales y menarca a más temprana edad.
- Inicio precoz de relaciones sexuales
- Familia disfuncional
- Cambios en los valores morales, sociales y religiosos, debido a la vida que se lleva en la ciudad.
- Cambio de culturas (migración).
- Influencia de los medios de comunicación
- Nivel socioeconómico
- Nivel de escolaridad
- Influencia familiar
- Madurez del adolescente
- Poca educación sexual
- Poco acercamiento familiar
- Toma de decisiones apresuradas muchas veces no favorables
- Pensamientos fantasiosos por el hecho de pensar que no se embarazara por qué no lo desea, así como el hecho de que no le pasara.
- Distorsión de la información, mitos como “solo los grandes se embarazan”
- Practica del coito interrumpido
- En otros casos violación y abuso sexual.

4.4 EL PARTO

Es un proceso fisiológico propio de la mujer el cual consiste en la culminación del embarazo y la expulsión de los productos de la concepción, después de las 20 semanas de gestación.

El parto o trabajo de parto generalmente inicia cuando el feto está lo suficientemente capacitado para sobrevivir en el medio extrauterino. Comienza con la aparición de contracciones uterinas que irán aumentando de intensidad, frecuencia y duración acompañado de 3 periodos que son:

1. Dilatación del cuello uterino
2. Expulsión
3. Alumbramiento de la placenta

4.5 PERÍODOS

DILATACIÓN: comprende desde el inicio de las contracciones uterinas hasta el término con la dilatación completa del cérvix con una numeración del 1-10

A su vez que el cérvix va dilatando también se adelgaza a lo cual se le llama "BORRAMIENTO" que comprende del 0= sin borramiento al 100% = borramiento total.

A su vez comprende 2 fases:

- Latente: 0-4 cm de dilatación
 - a) Primigesta: duración de hasta 18 horas.
 - b) Multigesta: duración de hasta 8 horas.
- Activa: 4-10 cm de dilatación.
 - a) Primigesta: dilata 1cm/ hora
 - b) Multigesta: dilata 1-5cm/ hora

EXPULSIÓN: comprende desde la dilatación completa hasta la expulsión del feto. Tiene una duración aproximada de 1 hora, sin prolongarse. Para que la expulsión sea efectiva y no se prolongue se requiere:

1. Que las contracciones uterinas sean efectivas, regulares y constantes
2. Cooperación de la adolescente.
3. Que no exista estrechez pélvica ósea
4. Presentación adecuada del feto
5. Que no haya malformaciones congénitas mayores del feto
6. Que no haya placenta previa total.
7. Que no haya brevedad de cordón umbilical
8. Factor emocional materno
9. Que el feto no sea macrosómico.

Muchos de estos factores dependerán del cuidado y la cooperación que tenga la adolescente en el momento del parto, así como también el apoyo que ha recibido durante todo su embarazo y por lo tanto las malformaciones congénitas dependerán de la herencia que se le haya transmitido al feto y a los cuidados prenatales. De no ser así las complicaciones durante el parto se harán presentes y el riesgo de morbi-mortalidad materno fetal aumentará.

Si el feto se encuentra en una presentación adecuada para la expulsión realizará una serie de movimientos llamados "Movimientos Cardinales del Trabajo de Parto":

- Encajamiento
- Descenso
- Flexión
- Rotación interna
- Extensión
- Rotación externa
- Expulsión

ALUMBRAMIENTO

También llamado tercer período del parto o período placentario.

Comprende desde la salida del feto hasta la expulsión completa de la placenta y sus anexos.

Duración máxima es de 30 minutos. Si está no es expulsada en ese tiempo existe una complicación placentaria que aumenta el riesgo de morbi-mortalidad materna.

Se reconoce que es una de las etapas donde pueden existir más complicaciones y se requiere del médico especialista dado que puede requerir la aplicación de medicamentos llamados oxitócicos, que ayudan a la contracción uterina y por lo tanto a que el sangrado disminuya de manera favorable, evitando hemorragias.

Para la extracción de la placenta se mencionará la más común:

Maniobra de Brandt – Andrews: con la pinza se realiza una tracción leve del cordón umbilical en 45° de forma descendente, al mismo tiempo, con la otra mano, se hace una compresión supra púlica para detener el fondo uterino y que no haya inversión uterina.

4.6 CLASIFICACIÓN DE PARTO

Se clasifican según la edad de gestación en que ocurre el parto:

- ABORTO: antes de las 20 semanas de gestación.
- PARTO INMADURO: a partir de las 20-28 semanas de gestación y con 50% de probabilidad de que el feto sobreviva.
- PARTO PREMATURO: va entre las 28 y 36 semanas de gestación
- PARTO DE TÉRMINO: de la semana 37 a la 40 en feto es considerado a término. La semana 40 de gestación es una edad promedio para recibir al feto en óptimas condiciones de desarrollo fetal.
Si su nacimiento se anticipa las complicaciones y probabilidades de que sobreviva se reducen.
- PARTO POSTERMINO: el parto se pospone llegando a la semana de gestación número 42 el feto es considerado post-término con pocas probabilidades de sobrevivencia y en la mayoría de los casos con sufrimiento fetal.

LOS PARTOS PUEDEN SER:

- ESPONTANEOS: se desencadena el trabajo de parto fisiológico de acuerdo con el mecanismo y etapas que este conlleva.
- INDUCIDO: en este tipo de parto se utilizan técnicas médicas induciendo el trabajo de parto con ayuda de medicamentos como la oxitocina, uso de instrumental como fórceps y en el último de los casos una operación quirúrgica Cesárea.

DURACIÓN DEL TRABAJO DE PARTO

- PRIMIGESTA: 18hrs. Aproximadamente.
- MULTÍPARA: 10 a 13 horas aproximadamente.

4.7 SIGNOS Y SÍNTOMAS PREVIOS AL PARTO

Estos signos y síntomas no son iguales en todas las adolescentes, no tienen la misma duración e intensidad. Inician con:

- Encajamiento de la cabeza fetal.
- El abdomen desciende.
- Disminución de los movimientos fetales.
- Contracciones de Braxton Hicks, no dolorosas, pero si molestas.
- Vientre en madera por las contracciones.
- Cambios en el cuello uterino
- Aumento de secreción vaginal.
- Dolor lumbar.
- Insomnio
- irritabilidad

4.8 SIGNOS Y SÍNTOMAS DEL TRABAJO DE PARTO

Los signos síntomas dependerán de cada adolescente dado que no en todas se presenta de igual forma o en el mismo orden. Se dice que ha comenzado el trabajo de parto si:

- Ha arrojado el tapón mucoso, moco espeso que cerraba el cuello del útero y que durante el embarazo ha protegido al feto.
- Dilatación del cuello uterino.
- Salida de líquido amniótico por ruptura de membranas por medio de la vagina. Debe ser un líquido claro o transparente.
- El útero comienza a contraerse con mayor frecuencia, intensidad y duración volviéndose las contracciones más regulares y dolorosas.

4.9 EL POST-PARTO

Llamado también puerperio fisiológico, es la fase después del parto prolongándose hasta 42 días en donde el organismo tiende a recuperar la situación previa al embarazo.

Es puerperio se divide en:

- INMEDIATO: comprende las primeras 24 horas.
- MEDIATO: duración de 10 días
- TARDÍO: a partir del día 11 hasta culminar los 42 días.

CAMBIOS ANATÓMICO FUNCIONALES

El útero regresa a su estado no grávido:

Peso al final del embarazo = 1000 gms.

7 días = 500 gms.

15 días s= 300 gms.

Al mes= 100 gms.

También es un período de transición en el que la madre adolescente y su hijo se encontrarán en una estrecha relación, donde paulatinamente los dos lograrán autonomía.

Este período es esencial para lograr un óptimo desarrollo neonatal, así como la recuperación materna

Durante el post parto existirán pérdidas sanguíneas llamadas loquios que son secreciones uterinas que desembocan a través de la vagina compuestos por eritrocitos, restos de decidua y bacterias, dado que se estará dando la involución uterina y con la ayuda de la lactancia materna en este acto hay mayor producción

de oxitocina hormona que conduce a dicha involución por contracciones uterinas. Y no solo el útero, todos sus órganos y genitales retomaran su posición normal.

Durante el puerperio se darán cambios físicos y emocionales.

Entre los cambios físicos estarán:

- ◆ Involución uterina: el útero se encontrará por encima de la cicatriz umbilical, se palpará firme aun por las contracciones que presenta para evitar pérdidas sanguíneas importantes. Conforme pasen los días seguirá involucionando hasta lograr su tamaño normal
- ◆ Loquios: se llama así a los exudados uterinos durante el puerperio que durarán aproximadamente 14 días y tienen un olor característico “sui generis”.
1er y 2o día: su color es rojo vivo y sin coágulos
3er y 4º día: se torna un color rojo vino y más espeso, amarillos.
5º día en adelante: su color es blanquecino y cremoso
Con el transcurso de los días se van tornando mucosos, transparentes, hasta desaparecer a los 14 días.
- ◆ Entuertos: inicia inmediatamente después del parto con contracciones uterinas los primeros 2 a 3 días, los cuales se acentúan durante la lactancia y en mujeres multíparas. No indican ninguna patología pues de estará dando parte de la involución uterina.
- ◆ Hormonales: durante la lactancia se produce amenorrea al principio secundaria a la inhibición de la hormona foliculoestimulante (FSH) y la hormona luteinizante (LH) por la prolactina, y luego por el estímulo de la succión del pezón con la ayuda de la hormona adenocorticotrofica (ACTH) y la hormona tiroestimulante (TSH).
- ◆ Estreñimiento: es normal por el retorno y acomodo de los órganos a su lugar de origen.
- ◆ Dificultad para orinar: se debe a la falta de la fuerza musculo vesical, efectos secundarios de la anestesia.
- ◆ Dolor en episiotomía

- ◆ Aumento del volumen mamario, así como consistencia y temperatura.
- ◆ Mastalgia y mastitis
- ◆ Dolor obstétrico
- ◆ Astenia, adinamia.

Y los cambios emocionales:

- ◆ Sentimiento de incapacidad
- ◆ Sentimiento de rezago
- ◆ Rechazo a su nuevo cuerpo
- ◆ Tristeza, depresión
- ◆ Ansiedad
- ◆ Sensibilidad

4.10 EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

Es recomendable realizarlos dado que la adolescente cuenta con pocas reservas para su recuperación y para descartar cualquier otra complicación post-parto:

1. Biometría hemática completa.
2. Tiempos de coagulación.
3. De complementación: USG pélvico.

5 COMPLICACIONES MATERNAS, EMBARAZO DE ALTO RIESGO

Las complicaciones relacionadas con el embarazo se reportan entre las principales causas de muerte entre adolescentes de 15 y 19 años.

El hecho de que el embarazo sea un estado fisiológico, no quiere decir que no se pueda complicar ocasionando daños maternos, fetales o de ambos.

Una adecuada atención durante el embarazo y el trabajo de parto puede reducir las complicaciones, pero no es así en la mayoría de los casos.

Existe una extensa gama de complicaciones biológicas en madres adolescentes las cuales abarcan cualquiera de los trimestres del embarazo y que por lo tanto afectan a la madre y al feto.

El embarazo puede ocasionar diferentes patologías, que pueden dejar secuelas, agravarse o desenmascarar alguna enfermedad latente.

Existen diferentes situaciones clínicas, laborales y médicas que pueden indicar un embarazo de alto riesgo, entendiendo el alto riesgo como la posibilidad de desarrollar complicaciones maternas o fetales que pongan en riesgo su vida, en el siguiente cuadro se observará una escala que valora el riesgo de presentar embarazo de alto riesgo.

ESCALA VALORATIVA

0-20 NO HAY RIESGO

20-40 BAJO RIESGO

40-70 MEDIANO RIESGO

70-100 ALTO RIESGO

+ 100 MUY ALTO RIESGO

PARÁMETRO	PUNTUACIÓN
EDAD:	
-15 AÑOS	10 PUNTOS
15-19 AÑOS	5 PUNTOS
PARIDAD	
NULIPARA	5 PUNTOS
1 A 5 PARTOS PREVIOS	10 PUNTOS
PARTO PRETÉRMINO	20 PUNTOS
EMBARAZO ACTUAL	
-36 SDG	30 PUNTOS
+40 SDG	50 PUNTOS
MALA PRESENTACION	20 PUNTOS
AMENAZA DE ABORTO	20 PUNTOS
HEMORRAGIA TRANSVAGINAL	40 PUNTOS
RPM	40 PUNTOS
PRECLAMPSIA- ECLAPMSIA	50- 80 PUNTOS

A continuación se describen cada uno de los factores que influyen en el embarazo y podrían considerarse patológicos para desencadenar un embarazo de alto riesgo:

5.1 EDAD

La adolescencia es un proceso continuo del ser humano en el cual se produce una transición entre la infancia y el crecimiento, con cambios significativos en aspectos psicológicos, biológicos y una notable transformación entre relaciones sociales.

Este factor incrementa la morbi-mortalidad materna y neonatal por muchos aspectos que conforman el entorno materno como la estructura familiar, bajo nivel educativo, condiciones socioeconómicas, y la presión social determinan e influyen en las adolescentes para el inicio de una vida sexual y por consiguiente el embarazo con sus respectivas complicaciones o por el contrario tomar una mala decisión como lo es el aborto también con los mismos factores anteriores y aumentando la morbi mortalidad. El embarazo en la adolescencia es considerado de alto riesgo por las posibles complicaciones durante la gestación.

5.2 SER PRIMIGESTA

Será aquella adolescente que estará embarazada por primera vez la cual afrontará por primera vez un proceso fisiológico acompañado de nuevos cambios físicos, psicológicos, hormonales y sociales de los cuales anteriormente no ha experimentado y por lo tanto traerá nuevos cambios a su vida.

El ser primigesta también influye en el autocuidado y el cuidado que dará al feto para que este se desarrolle en óptimas condiciones, esto dependerá de la educación que ella tenga, la madurez para cuidar de sí y la búsqueda correcta de ayuda profesional que le eduque durante el proceso de gestación y próximamente durante el trabajo de parto.

5.3 ABORTO

Es considerado la culminación o interrupción del embarazo por cualquier medio, esto antes de las 20 semanas de gestación.

Ya sea por efectos propios del organismo (espontáneo) o por decisión de la adolescente de finalizarlo (inducido).

El 60% se debe a malformaciones congénitas incompatibles con la vida.

El 40% a otras causas.

- a) Espontáneo: ocurre cuando el embrión es expulsado del útero por causas naturales, relacionadas con la salud y la edad de la mujer gestante.

- b) Provocado: es aquel que se realiza de manera voluntaria, provocada y consciente ya sea por medicamentos o por intervención mecánica, con ayuda médica o sin ella y que por lo tanto traerá complicaciones maternas, dado que no es un proceso natural y es considerado como crimen.

Existe otro tipo de aborto provocado, pero terapéuticamente, que no es considerado como criminal dado que este procedimiento está aprobado por una ley que solamente se aplicará en aquella mujer la cual el embarazo le esté provocando un daño.

Aunque el aborto sea practicado con ayuda médica es importante saber las complicaciones de todo procedimiento, en este caso podría contraer:

- infección por mala atención
- hemorragias
- choque hipovolémico
- choque séptico
- anemia aguda crónica
- perforación uterina
- daño cervical
- trastornos psicológicos como culpa, depresión, aislamiento, insomnio
- muerte.

Un hijo en la adolescencia muchas veces implica para la adolescente:

- rechazo familiar o social, puesto que limita sus metas y propósitos
- embarazos no deseados
- problemas económicos

5.4 ANEMIA (hierro, ácido fólico).

Es una disminución de la hemoglobina debido a diversas causas. Es una de las complicaciones más frecuentes en el embarazo causada por una deficiencia de hierro (anemia ferropénica) o deficiencia de ácido fólico (anemia megaloblástica) en el organismo.

Generalmente los embarazos no son planeados y por lo tanto a su inicio no existen las reservas necesarias para satisfacer las necesidades del organismo.

ANEMIA FERROPENICA

Es un tipo común de anemia. Los glóbulos rojos carecen en el torrente sanguíneo y estos son los encargados del transporte de oxígeno. Es una anemia por deficiencia de hierro. Hierro es un mineral que no produce el organismo por lo tanto es absorbido mediante la alimentación, es importante para la producción de hemoglobina encargada del transporte de oxígeno por el torrente sanguíneo.

SÍNTOMAS

- Astenia
- Adinamia
- Anorexia
- Piel pálida
- Debilidad
- Hipoxia
- Cefalea
- Síncope
- Diaforesis
- Irritabilidad
- Coiloniquia
- Taquicardia
- Debilidad capilar

CAUSAS

Se produce cuando el cuerpo no produce el hierro suficiente para que se pueda producir la hemoglobina. Algunas causas comunes son:

- Embarazo
- Hemorragias
- Deficiencia del aporte de hierro en la dieta
- Incapacidad de absorber el hierro

COMPLICACIONES

- Restricción en el crecimiento intrauterino
- Parto prematuro
- Problemas cardíacos

TRATAMIENTO

- Administración de hierro vía intravenosa, intramuscular u oral.
- Mejora de la calidad de la dieta.
- Administración de otras vitaminas que complementen y favorezcan la absorción del hierro.
- Reducir el consumo de grasas, chocolates, embutidos y repostería.
- Administración de oxígeno por puntas nasales.

ANEMIA MEGALOBLASTICA

Es un trastorno sanguíneo en el cual los glóbulos rojos son más grandes de lo normal y por lo tanto son insuficientes para suministrar de oxígeno al cuerpo debido a la insuficiencia de ácido fólico y vitamina B12.

Ácido fólico: es una vitamina hidrosoluble que se obtiene de los alimentos que se consumen y un aporte extra a través de suplementos diarios por lo menos los primeros tres meses de gestación, dado que los aportes de la dieta no son suficientes para el requerimiento diario.

SINTOMAS

- Astenia, Adinamia y Anorexia
- Palidez tegumentaria
- Irritabilidad
- Diarrea
- Hormigueo en manos y piel

CAUSAS

- Enfermedad digestiva
- Mala absorción
- Deficiencia de ácido fólico
- Alcoholismo

COMPLICACIONES

- Síncope
- Hipoxia severa
- Defectos congénitos graves en el feto como defectos en el tubo neural

Durante el embarazo el volumen sanguíneo aumenta para poder cumplir con las necesidades de los órganos extras al cuerpo de la mujer los cuales protegerán y ayudarán a nutrir al feto.

Las complicaciones de la anemia pueden producir partos prematuros, bajo peso del bebé al nacimiento, malformaciones congénitas e incluso muerte fetal por falta de nutrientes en el feto o hipoxia.

Es importante que la madre adolescente lleve a cabo planes de alimentación en los cuales el aumento del hierro sea indispensable y nunca falta en su dieta, así como los complementos necesarios extras a la dieta que ayuden a suplir los que en la dieta no se alcanzan.

También requiere de gran cuidado que la adolescente esté en continuo chequeo con su médico especialista para evitar posibles complicaciones debido al tipo de anemia que se le presente.

5.5 INFECCIONES URINARIAS (bacteriuria asintomática).

Es un trastorno en el que las bacterias están presentes en la orina en cantidades superiores a las normales, pero no producen síntomas. Es más frecuente en el embarazo causado por bacterias que pueden afectar desde la uretra hasta los riñones sin ningún síntoma.

Pueden llegar a complicarse o no dependiendo del nivel de la infección, pero en la embarazada se debe considerar el aumento de riesgo, diversos factores predisponen a la adolescente embarazada a una infección de vías urinarias.

Una cistitis puede complicarse gravemente en el embarazo dado que las bacterias ascienden hasta llegar a los riñones que conducirá a un parto prematuro.

Durante el embarazo la inmunidad celular se encuentra disminuida y ciertas infecciones pueden salir de control y poner en peligro la vida materno-fetal

Los principales cambios en el embarazo que propician las infecciones de vías urinarias son:

- Uretra corta
- Cambios vesicales que predisponen el reflujo vesico - uretral
- Estasis urinaria
- Cambios físico-químicos en la orina PH más alcalino
- Efectos de la progesterona, que relaja el musculo liso.
- Aumento del tamaño de los riñones y aumento del flujo sanguíneo
- Compresión de uréteres por el útero causando estasis de orina, lo cual propicia un ambiente favorable para reproducción de bacterias.
- Mayor eliminación de proteínas por la orina, así como de glucosa.

Los factores de riesgo son:

- Mal aseo de genitales, limpiarse de atrás hacia adelante
- Diabetes gestacional
- Infecciones recurrentes o mal tratadas.
- Retención de orina.
- Mala higiene con el cambio de ropa interior.

- Uso de ropa ajustada y de materiales sintéticos.
- Humedad en área genital
- Poco consumo de líquidos (agua).

Complicaciones durante el embarazo:

- Amenaza de aborto
- Parto prematuro
- RCIU (restricción del crecimiento intra uterino)
- Ruptura de membranas
- Óbito.

5.6 PREECLAMPSIA

Las adolescentes gestantes son las más susceptibles a fallecer por preeclamsia.

La preeclamsia es un padecimiento caracterizado por la elevación súbita de la presión arterial por arriba de los parámetros normales, presentándose en el último trimestre del embarazo (20SDG).

SÍNTOMAS

- Cefalea intensa
- Visión borrosa
- Acufenos
- Nausea
- Vomito
- Dolor en epigastrio e hipocondrio y flanco derecho

Es una enfermedad de difícil prevención y tratamiento oportuno dado que no presentan ningún dato de alarma. La única forma de detectar a tiempo la preeclamsia es durante las consultas prenatales mediante el chequeo de la presión arterial.

FACTORES DE RIESGO PREDISPONENTES:

- Haber presentado preeclamsia en embarazos anteriores
- Factores genéticos
- Alimentación
- Embarazos múltiples
- Ser menor de 20 años
- Ser mayor de 35 años

La preeclamsia puede favorecer que la placenta no obtenga suficiente sangre para proporcionar el oxígeno necesario.

COMPLICACIONES

- Síndrome de Hellp
- Desprendimiento prematuro de placenta
- Insuficiencia renal
- Edema pulmonar agudo
- Hemorragia y Edema cerebral
- Ruptura hepática
- Infartos placentarios
- RCIU
- Prematurez
- Hidramnios
- Desprendimiento prematuro de placenta

5.7 HEMORRAGIAS POR AFECCIONES PLACENTARIAS

Un sangrado puede ocurrir en cualquier momento del embarazo, dependiendo del sangrado y la edad gestacional será el problema, en el primer trimestre pueden ser comunes:

- el aborto espontáneo
- embarazo ectópico
- enfermedad trofoblástica del embarazo
- implantación del embrión en el útero
- infección
- hematoma su coriónico

En los últimos trimestres de gestación:

- Placenta previa
- Desprendimiento prematuro de placenta
- Parto pretérmino

5.8 DESNUTRICIÓN MATERNA

La desnutrición consiste en la carencia de nutrientes esenciales en la gestación, esta afección puede presentarse por problemas digestivos, problemas con la absorción de alimentos, afecciones médicas o cuando la adolescente no ingiere los alimentos adecuados por desconocimiento del embarazo o por no contar con los recursos necesarios para su alimentación.

En esta etapa se presenta un incremento de las necesidades de nutrientes por lo tanto la desnutrición un factor de riesgo importante en el embarazo.

La adolescente con bajo peso está expuesta a sufrir parto prematuro o de tener un bebé de bajo peso al nacimiento, incluso es de mayor probabilidad de sufrir un aborto y por lo tanto sufrir anemia, lo que agrava aún más el estado de la adolescente.

Es importante que la adolescente siga un correcto control prenatal para prevenir morbilidad y mortalidad materno-fetal.

La desnutrición materna se asocia a un mayor riesgo para que el feto se desarrolle adecuadamente sufriendo RCIU (restricción del crecimiento intra-uterino), poco peso placentario, etc.

SÍNTOMAS

- ◆ Fatiga
- ◆ Mareo
- ◆ Deshidratación de mucosas y piel
- ◆ Edema
- ◆ Pérdida de masa muscular
- ◆ Altura uterina menor de la normal
- ◆ Palidez de tegumentos
- ◆ Sensación de falta de aire

TRATAMIENTO

El tratamiento básico en caso de desnutrición durante el embarazo, es la reposición de los nutrientes que se han perdido, así como el tratamiento de los síntomas y anomalías subyacentes.

NUTRICIÓN

La satisfacción de las necesidades orgánicas en cuanto a requerimientos diarios para lograr un buen funcionamiento de los aparatos y sistemas del organismo.

NUTRICIÓN EN EL EMBARAZO

La nutrición en la adolescente comúnmente es mala tanto de calidad como en cantidad debido a muchos factores:

- ◆ Sociales
- ◆ Culturales
- ◆ Familiares
- ◆ Religiosos
- ◆ Económicos

La dieta de la adolescente debe aportar los nutrientes necesarios para el buen desarrollo del feto y la madre, si esta no consume los requerimientos necesarios el profesional será el encargado de prescribir suplementos dado que el cuerpo de la mujer necesita un aumento variable de nutrientes:

CARBOHIDRATOS

Son considerados la principal fuente de energía que necesita el organismo para su buen funcionamiento, el buen consumo de estos aporta las calorías necesarias para lograr un buen desarrollo celular durante el embarazo. Es importante su consumo moderado.

FUENTES

- ◆ Pan integral
- ◆ Dulces
- ◆ Arroz, helado, cajeta, repostería.
- ◆ Granola, pastas.

DEFICIENCIA

- ◆ Astenia
- ◆ Adinamia
- ◆ Hipoglucemias
- ◆ Sincope
- ◆ Hipomotilidad fetal

EXCESO

- ◆ Obesidad
- ◆ Perdida dentaria
- ◆ Distensión abdominal
- ◆ Favorece la presencia de diabetes gestacional

GRASAS

También llamados lípidos, son otra fuente importante de energía de reserva.

Pueden ser de dos tipos:

- ◆ Animal
- ◆ Vegetal

FUENTES

ANIMAL: las podemos encontrar en carnes como de res, cerdo, borrego. Son grasas saturadas.

VEGETAL: los podemos encontrar en algunas semillas como los piñones, avellanas, nuez, ajonjolí y en algunos frutos como el coco y el olivo. Son grasas más fáciles de digerir para el organismo por lo que su metabolismo y eliminación son rápidos y no se almacenan en el organismo por mucho tiempo. Grasas polinsaturadas.

IMPORTANCIA

Su consumo ayuda al transporte correcto de vitaminas liposolubles.

Son importantes para la creación del surfactante fetal formado por fosfolípidos, por lo cual también ayuda a la maduración pulmonar.

Estas mismas grasas son proporcionadas al feto para la formación del panículo adiposo y el vermex caseoso que lo protegerán.

DEFICIENCIA

- ◆ Mala absorción de vitaminas
- ◆ Hipomotilidad fetal
- ◆ Problemas de la piel al nacimiento
- ◆ Insuficiencia pulmonar por disminución del surfactante

PROTEINAS

Son aminoácidos de cadena larga compleja indispensables para la vida.

Se encuentran en todo el organismo y sirven para el buen funcionamiento de todos los órganos maternos y fetales, así como la formación de la placenta. También se dividen en dos importantes grupos:

- ◆ Animal
- ◆ Vegetal

FUENTES

ANIMAL: las podemos encontrar en las carnes rojas y blancas como la res, pollo, pescado, pavo, mariscos y sus derivados, así como carnes frías, huevo, leche, quesos, yogurt.

VEGETAL: las fuentes de origen vegetal las podemos encontrar en las leguminosas entre ellas las de gran aporte proteínico son el frijol, soya, habas, lentejas, garbanzos y algunos cereales como el amaranto, avena y semillas como la avellana.

DEFICIENCIA

Su deficiencia en el organismo crea alteraciones en algunos órganos y desnutrición en el feto.

Esto lleva a que en el niño se den alteraciones neurológicas, inmadurez de habilidades neurológicas, bajo coeficiente intelectual y el retraso en el control de esfínteres.

ALIMENTOS DE GRAN APORTE NUTRIMENTAL PARA LA EMBARAZADA

CALCIO: Mineral indispensable para el organismo que participa en las siguientes funciones:

- ◆ Es uno de los factores de la coagulación
- ◆ Componente de los huesos, cartílagos, dientes y uñas
- ◆ Componente de la leche materna
- ◆ Componente del esqueleto fetal

La dieta aporta los requerimientos necesarios del calcio, sin embargo durante el embarazo estos requerimientos aumentan y debe prescribirse un aporte extra a través de calcio vía oral. Su absorción dependerá de:

- ◆ Consumo de refrescos negros, alcohol, cafeína, estos alimentos disminuyen el aporte de calcio y bloquean su absorción.
- ◆ Cantidad de vitamina ingerida diaria.
- ◆ La exposición al sol, ayuda a crear vitamina D la cual ayuda como fijador del calcio

FUENTES

- ◆ Leche y derivados
- ◆ Apio
- ◆ Rábanos
- ◆ Tortilla.
- ◆ Hortalizas de hoja verde
- ◆ Salmón, sardinas.
- ◆ Nueces y semillas de girasol.

DEFICIENCIA

- ◆ NIÑOS: raquitismo
- ◆ EMBARAZADA: osteomalasia. Fracturas, pérdida de piezas dentarias, problemas de coagulación, calambres musculares.

HIERRO

Su función principal es ser el componente básico de la hemoglobina, a su vez componente básico de los eritrocitos cuya función en el cuerpo es la de transportar oxígeno a todas las células y tejidos del organismo

FUENTES

- ◆ Yema de huevo
- ◆ Hígado de res, pollo, cerdo, carnes rojas
- ◆ Frijol negro, habas y linaza.
- ◆ Habas, garbanzos y lentejas
- ◆ Frijol de soya
- ◆ Nueces,
- ◆ Avena, trigo, arroz integral.
- ◆ Betabel y camote morado

DEFICIENCIA

La embarazada con deficiencia de hierro puede presentar:

- ◆ Anemia ferropénica
- ◆ Hipoxia crónica, causándole acidosis por la compensación del oxígeno que se manifiesta por , astenia, adinamia, anorexia, obnubilación mental y palidez tegumentaria.
- ◆ En el feto:
- ◆ Alteraciones en el lenguaje
- ◆ RCIU (retraso en el crecimiento intrauteruno)
- ◆ Bajo peso al nacer
- ◆ Bajo coeficiente intelectual
- ◆ Problemas de conducta

Es importante el aporte de hierro extra en la embarazada por lo cual se le recomendará una dosis diaria de 30 mg aparte de la dieta.

ÁCIDO FÓLICO

También conocido como vitamina B9. La función más importante es la reconstrucción celular, división celular y actúa en el intercambio de ADN.

Es necesario un aporte extra de ácido fólico en la dieta recomendando un aporte diario de 5mg.

FUENTES

- ◆ Vegetales verdes
- ◆ Hortalizas de hoja verde
- ◆ Habas, chícharos
- ◆ Semillas
- ◆ Alimentos adicionados con ácido fólico.
- ◆ Cereales fortificados.

DEFICIENCIA

La deficiencia de ácido fólico puede traer en la embarazada anemia megaloblástica y como consecuencia para el feto provocará deficiencias en el cierre del tubo neural como:

- ◆ Meningocele
- ◆ Encefalocele
- ◆ Microcefalia
- ◆ Hidrocefalia

VÍTAMINA A

También llamado palmitato de retinol, es una vitamina liposoluble, es una de las vitaminas que requiere de las grasas para poder transportarse y absorberse.

Ayuda a la regeneración de la piel así como a mantenerla elástica. En la embarazada es de gran importancia dado que el abdomen materno estará en un constante crecimiento y su piel se verá afectada.

FUENTES

- ◆ Vegetales de color amarillo, rojo y verde
- ◆ Frutas como el durazno, mango, papaya y melón
- ◆ Leche y derivados
- ◆ Hígado de res
- ◆ Zanahoria
- ◆ Alimentos adicionados con vitamina A.

DEFICIENCIA

- ◆ Cicatrización lenta
- ◆ Mayor tendencia a aparición de estrías durante el embarazo
- ◆ Disminución de las defensas, entre otros.

RECOMENDACIONES DIETETICAS

- ◆ Evitar el exceso de alimentos grasosos, irritantes y condimentados.
- ◆ Evitar gaseosas
- ◆ Sustituir la gaseosa por agua mineral
- ◆ Disminuir el consumo de repostería.
- ◆ Tomar 6 vasos de agua al día, aparte de los líquidos normales.
- ◆ Evitar alimentos entre comidas

5.9 PARTO PREMATURO

Es una de las principales complicaciones durante el parto causa de morbi-mortalidad neonatal.

Se considera parto prematuro aquel que se ha llevado a cabo antes de las 37 semanas de gestación, por la presencia de contracciones uterinas, evanescencia cervical y dilatación cervical.

Se sabe que algunos aspectos relacionados con los hábitos de vida y cuidados con la salud, así como la sociedad pueden influir en el desencadenamiento del trabajo de parto

Las adolescentes tienen un mayor riesgo dado que su desarrollo aún no está completo y su estado nutricional es deficiente en comparación de madres mayores de 20 años.

La prematuridad igualmente está asociada a un menor control prenatal, lo que conllevará a la tardía detección de infecciones y afecciones que llevarán al trabajo de parto prematuro.

No siempre el nacimiento de un bebé será de manera espontánea, en muchas ocasiones el profesional de salud decidirá inducir el parto como una opción terapéutica, como lo es en el caso de la preeclampsia, o su complicación el síndrome de Hellp, en donde el feto no recibe los nutrientes necesarios y la madre deteriora rápidamente por la elevación de la tensión arterial, pudiendo esta causar un daño severo. La madre mejora con la inducción del parto o bien en su defecto la programación de una operación cesárea para evitar los riesgos futuros materno-fetales.

5.10 RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS (RPM)

Es la apertura de las membranas amnióticas antes de que comience el trabajo de parto. Si esta ocurre antes de las 37 semanas de gestación se denomina Ruptura prematura de membranas pre término.

SINTOMAS

- Pérdida de líquido amniótico

CAUSAS

- Debilitamiento natural de las membranas
- Fuerza de contracciones
- Infección uterina
- Infecciones de transmisión sexual
- Parto prematuro previo
- Tabaquismo
- Coito
- Traumatismos
- Incompetencia ístmico cervical
- Condición socioeconómica baja, nula atención prenatal.

COMPLICACIONES

- Infecciones materno fetales
- Parto pre término
- Desprendimiento de placenta normo inserta
- Prolapso de cordón umbilical
- Sufrimiento fetal

6 NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-007-SSA2-1993, ATENCIÓN DE LA MUJER DURANTE EL EMBARAZO PARTO Y PUERPERIO Y DEL RECIÉN NACIDO. CRITERIOS Y PROCEDIMIENTOS PARA LA PRESTACION DEL SERVICIO.

DE ACUERDO A LA ATENCIÓN DE LA MUJER EMBARAZADA EN TRABAJO DE PARTO Y POST PARTO

Dentro de esta norma oficial mexicana se maneja la prevención de daños materno-fetales bajo procedimientos normados, así como la realización de actividades preventivas y la eliminación de prácticas rutinarias que aumentan los riesgos de daño.

Las acciones prescritas en esta norma oficial mexicana ayudan a desarrollar normalmente cada una de las etapas del embarazo parto y puerperio y de tal modo mejorar la calidad de vida futura materno infantil brindando una atención holística.

Las acciones realizadas dentro de la norma deben ser reforzadas mediante la orientación adecuada de la madre en el proceso que llevará a cabo al principio y final del embarazo y que deberá continuar en corresponsabilidad de su pareja o familia con el fin de evitar la morbi-mortalidad.

Las normas oficiales mexicanas son con el fin de mejorar los servicios que se brindan a la población materno-infantil contribuyendo a corregir desviaciones que afectan la calidad de la atención.

6.1 OBJETIVO

Establecer los criterios para atender y vigilar la salud de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio.

6.2 CAMPO DE APLICACIÓN

Esta norma es de observancia obligatoria para todo el personal de salud en las unidades de salud de los sectores y público social y privado a nivel nacional, que brindan a mujeres embarazadas, parturientas, puérperas y recién nacidos.

6.3 ESPECIFICACIONES

La atención a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y al recién nacido debe ser impartida con calidad y calidez en la atención.

La unidad de atención deberá disponer de un instrumento que permita calificar durante el embarazo, el riesgo obstétrico en bajo y alto, el cual servirá para la referencia y contrarreferencia (en las instituciones organizadas por niveles de atención).

Las actividades que se deben realizar durante el control prenatal son:

- elaboración de historia clínica;
- identificación de signos y síntomas de alarma (cefalea, edemas, sangrados, signos de infección de vías urinarias y vaginales);
- medición y registro de peso y talla, así como interpretación y valoración;
- medición y registro de presión arterial, así como interpretación y valoración;
- valoración del riesgo obstétrico;
- valoración del crecimiento uterino y estado de salud del feto;
- determinación de biometría hemática completa, glucemia y VDRL (en la primera consulta; en las subsecuentes dependiendo del riesgo).
- determinación del grupo sanguíneo ABO y Rho, (en embarazadas con Rh negativo y se sospeche riesgo, determinar Rho antígeno D y su variante débil D_{μ}), se recomienda consultar la Norma Oficial Mexicana para la disposición de sangre humana y sus componentes, con fines terapéuticos;
- examen general de orina desde el primer control, así como preferentemente en las semanas 24, 28, 32 y 36;
- detección del virus de la inmunodeficiencia adquirida humana VIH en mujeres de alto riesgo (transfundidas, drogadictas y prostitutas), bajo conocimiento y consentimiento de la mujer y referir los casos positivos a centros especializados, respetando el derecho a la privacidad y a la confidencialidad;

- prescripción profiláctica de hierro y ácido fólico;
- prescripción de medicamentos (sólo con indicación médica: se recomienda no prescribir en las primeras 14 semanas del embarazo);
- aplicación de al menos dos dosis de toxoide tetánico rutinariamente, la primera durante el primer contacto de la paciente con los servicios médicos y la segunda a las cuatro u ocho semanas posteriores, aplicándose una reactivación en cada uno de los embarazos subsecuentes o cada cinco años, en particular en áreas rurales;
- orientación nutricional tomando en cuenta las condiciones sociales, económicas y sociales de la embarazada;
- promoción para que la mujer acuda a consulta con su pareja o algún familiar, para integrar a la familia al control de la embarazada;
- promoción de la lactancia materna exclusiva;
- promoción y orientación sobre planificación familiar;
- medidas de autocuidado de la salud;
- establecimiento del diagnóstico integral.

6.4 CRITERIOS DE REFERENCIA

Con el apoyo de los datos anteriores, se deben establecer los criterios de referencia para la atención de las gestantes a las unidades de primero, segundo y tercer niveles.

Para establecer el diagnóstico de embarazo no se deben emplear estudios radiológicos ni administrar medicamentos hormonales.

El control prenatal debe estar dirigido a la detección y control de factores de riesgo obstétrico, a la prevención, detección y tratamiento de la anemia, preeclampsia, infecciones cérvicovaginales e infecciones urinarias, las complicaciones hemorrágicas del embarazo, retraso del crecimiento intrauterino y otras patologías intercurrentes con el embarazo.

La unidad de salud debe promover que la embarazada de bajo riesgo reciba como mínimo cinco consultas prenatales, iniciando preferentemente en las primeras 12 semanas de gestación y atendiendo al siguiente calendario:

- 1ra. consulta: en el transcurso de las primeras 12 semanas
- 2a. consulta: entre la 22 - 24 semanas
- 3a. consulta: entre la 27 - 29 semanas
- 4a. consulta: entre la 33 - 35 semanas
- 5a. consulta: entre la 38 - 40 semanas

La prolongación del embarazo después de las 40 semanas requiere efectuar consultas semanales adicionales con objeto de vigilar que el embarazo no se prolongue más allá de la semana 42.

6.5 PREVENCIÓN DE BAJO PESO AL NACIMIENTO

En todas las unidades de salud que dan atención obstétrica se deben establecer procedimientos escritos para la prevención, detección oportuna del riesgo y manejo adecuado de la prematuridad y el bajo peso al nacimiento (retraso del crecimiento intrauterino).

La detección oportuna incluye dos etapas:

- durante el embarazo y
- al nacimiento

Los procedimientos preventivos deben incluir, la orientación a la mujer embarazada para la prevención y para identificar los signos de alarma y buscar la atención médica oportuna.

Durante el trabajo de parto normal, se propiciará la deambulación alternada con reposo en posición de sentada y decúbito lateral para mejorar el trabajo de parto, las condiciones del feto y de la madre respetando sobre todo las posiciones que la embarazada desee utilizar, siempre que no exista contraindicación médica;

No debe llevarse a cabo el empleo rutinario de analgésicos, sedantes y anestesia durante el trabajo de parto normal; en casos excepcionales se aplicará según el criterio médico, previa información y autorización de la parturienta;

No debe aplicarse de manera rutinaria la inducción y conducción del trabajo de parto normal, ni la ruptura artificial de las membranas con el solo motivo de aprontar el parto. Estos procedimientos deben tener una justificación por escrito y realizarse bajo vigilancia estrecha por médicos que conozcan a fondo la fisiología obstétrica y aplicando la Norma institucional al respecto;

En los hospitales se requiere la existencia de criterios técnicos médicos por escrito para el uso racional de tecnologías como la cardiotocografía y el ultrasonido;

El rasurado del vello púbico y la aplicación de enema evacuante, durante el trabajo de parto debe realizarse por indicación médica e informando a la mujer;

La episiotomía debe practicarse sólo por personal médico calificado y conocimiento de la técnica de reparación adecuada, su indicación debe ser por escrito e informando a la mujer;

El control del trabajo de parto normal debe incluir:

La verificación y registro de la contractilidad uterina y el latido cardíaco fetal, antes, durante y después de la contracción uterina al menos cada 30 minutos;

La verificación y registro del progreso de la dilatación cervical a través de exploraciones vaginales racionales; de acuerdo a la evolución del trabajo del parto y el criterio médico;

El registro del pulso, tensión arterial y temperatura como mínimo cada cuatro horas, considerando la evolución clínica;

Mantener la hidratación adecuada de la paciente;

El registro de los medicamentos usados, tipo, dosis, vía de administración y frecuencia durante el trabajo de parto;

Para la atención del periodo expulsivo normal se debe efectuar el aseo perineal y de la cara interna de los muslos y no se debe hacer presión sobre el útero para acelerar la expulsión.

Para la atención del alumbramiento normal se debe propiciar el desprendimiento espontáneo de la placenta y evitar la tracción del cordón umbilical antes de su desprendimiento completo, comprobar la integridad y normalidad de la placenta y sus membranas, revisar el conducto vaginal, verificar que el pulso y la tensión arterial sean normales, que el útero se encuentre contraído y el sangrado transvaginal sea escaso. Puede aplicarse oxitocina o ergonovina a dosis terapéuticas, si el médico lo considera necesario.

Los datos correspondientes al resultado del parto deben ser consignados en el expediente clínico y en el carnet perinatal materno incluyendo al menos los siguientes datos:

- Tipo de parto;
- Fecha y hora del nacimiento;
- Condiciones del recién nacido al nacimiento: sexo, peso, longitud, perímetro cefálico, APGAR al minuto y a los cinco minutos, edad gestacional, diagnóstico de salud y administración de vacunas;
- Inicio de alimentación a seno materno;
- En su caso, método de planificación familiar posparto elegido

6.6 ATENCIÓN DEL PUERPERIO

Puerperio Inmediato: (primeras 24 horas posparto normal)

Toda unidad médica con atención obstétrica deberá contar con procedimientos por escrito para la vigilancia del puerperio inmediato y debe incluir:

En los primeros 30 minutos el inicio de la lactancia materna exclusiva en aquellas mujeres cuyas condiciones lo permitan y la indicación de alimentación a seno materno a libre demanda.

En los primeros 30 minutos el inicio de la lactancia materna exclusiva en aquellas mujeres cuyas condiciones lo permitan y la indicación de alimentación a seno materno a libre demanda.

En las primeras dos horas la verificación de normalidad del pulso, tensión arterial y temperatura, del sangrado transvaginal, tono y tamaño del útero y la presencia de la micción. Posteriormente cada 8 horas.

En las primeras 6 horas favorecer la deambulación, la alimentación normal y la hidratación, informar a la paciente sobre signos y síntomas de complicación.

Se recomienda aplicar a las madres Rho (D) negativas, con producto Rho positivo, la globulina inmune anti-Rho preferentemente dentro de las primeras 72 horas siguientes al parto, aborto, cesárea, amniocentesis o cualquier otro evento obstétrico invasivo capaz de ocasionar hemorragia fetomaterna y que pueda condicionar en la madre inmunización al antígeno "D" que estuviese en la superficie de los glóbulos rojos del producto.

Durante el internamiento y antes del alta, orientar a la madre sobre los cuidados del recién nacido, sobre la técnica de la lactancia materna exclusiva y los signos de alarma que ameritan atención médica de ambos.

Se debe promover desde la atención prenatal hasta el puerperio inmediato, la vigilancia del puerperio normal se lleve a cabo con un mínimo de tres controles.

Puerperio Mediato: (2o. al 7o. día) y tardío (8o. a 42o. día)

- Se deberá proporcionar un mínimo de tres consultas, con una periodicidad que abarque el término de la primera semana (para el primero), y el término del primer mes (para el tercero); el segundo control debe realizarse dentro del margen del periodo, acorde con el estado de salud de la mujer.
- Se vigilará la involución uterina, los loquios, la tensión arterial, el pulso y la temperatura;
- Se orientará a la madre en los cuidados del recién nacido, la lactancia materna exclusiva, sobre métodos de planificación familiar, la alimentación materna y acerca de los cambios emocionales que pueden presentarse durante el postparto.

6.7 APENDICES NORMATIVOS

ALTURA DEL FONDO UTERINO SEGUN EDAD GESTACIONAL (CRITERIOS DE CLASIFICACIÓN DEL APENDICE A NORMATIVO)

La altura del fondo uterino según la edad gestacional se debe medir a partir del borde superior de la sínfisis del pubis, hasta alcanzar el fondo uterino.

De acuerdo con los hallazgos encontrados se clasifica de la siguiente manera:

Normal: Cuando esté entre los percentiles 10 y 90 de la curva de altura de fondo uterino según edad gestacional. Se continuará con los controles normales.

Anormal: Cuando se encuentre por debajo del percentil 10 o por encima del percentil 90 de la curva de altura de fondo uterino según edad gestacional. amerita la investigación y tratamiento de los factores condicionantes (hábito de fumar, consumo de alcohol, anemia materna, etc.) y la orientación nutricional correspondiente. Se deberá citar cada 15 días y consultar con especialista.

6.8 CRECIMIENTO Y DESARROLLO INTRAUTERINO

PESO AL NACER EN RELACIÓN CON LA EDAD GESTACIONAL

(CRITERIOS DE CLASIFICACIÓN DEL APENDICE D NORMATIVO)

De conformidad con la institución se puede utilizar cualquiera de las dos opciones para determinar el peso al nacer en relación con la edad gestacional.

De acuerdo con el peso del recién nacido y a las semanas de gestación calculadas por fecha de última regla se ubica en las gráficas para su clasificación y adopción de medidas integrales.

DE ACUERDO CON LA EDAD GESTACIONAL:

- PRETÉRMINO. - Todo recién nacido antes de la semana 37 de gestación.
- DE TÉRMINO. - Los recién nacidos entre las semanas 37 y 42 de gestación.
- POSTÉRMINO. - Recién nacido después de 42 semanas de gestación.

CON RESPECTO A SU PESO AL NACER:

- PEQUEÑO. - Con peso por debajo de la percentila 10, correspondiente a su edad gestacional.
- APROPIADO O ADECUADO. - Cuyo peso se localiza entre las percentilas 10 y 90 correspondientes a su edad gestacional.
- GRANDE. - Con peso por arriba de la percentila 90 correspondiente a su edad gestacional.

7 MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR PARA LA ADOLESCENTE Y PERSONAL INVOLUCRADO PARA LA ORIENTACIÓN.

¿Qué es la planificación familiar?

Según la OMS la planificación familiar es aquel método o estrategia que permite a las personas tener el número de hijos que desean y determinar un intervalo entre embarazos. Se logra mediante la aplicación de métodos anticonceptivos.

La meta de la planificación familiar es capacitar a las parejas y a cada persona para que elijan libremente cuantos hijos desean tener y cuando tenerlos. La mejor forma es poniendo a disposición toda una variedad de métodos eficaces y seguros, así como brindar a los hombres y mujeres la suficiente información para la toma de decisiones.

La planificación familiar es un derecho básico en los términos del artículo 4º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, *es el derecho de toda persona a decidir, de manera libre, responsable e informada, sobre el número y espaciamiento de sus hijos.*

Se ha demostrado que el uso apropiado de la planificación familiar ayuda a reducir la morbi- mortalidad materna e infantil, a mejorar el acceso a la salud, la educación y mejorar la calidad de vida.

7.1 BENEFICIOS DE LA PLANIFICACION FAMILIAR Y ACCESO A MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

1. La toma de mejores decisiones a través de la buena información sobre salud sexual y reproductiva, el ejercicio de su reproducción, tener o no descendencia, el número y momento de tenerla.
2. Evitar la mortalidad materna. Mejora la salud materna al prevenir embarazos no planeados y de alto riesgo, particularmente en los extremos de la vida reproductiva.
3. Reduce el número de abortos
4. Reduce la mortalidad infantil, dado que existe una ampliación en el espaciamiento entre los nacimientos.
5. Mejor control por parte de la mujer al controlar su reproducción, facilitando su desarrollo personal e incrementando la fuerza laboral.
6. Reducción de la pobreza, mejora del desarrollo económico, mejora de la calidad de vida.
7. Disminución de los costos de atención médica.
8. Sustentabilidad ambiental, dado que el crecimiento poblacional acelerado ejerce presión sobre los recursos naturales.
9. Prevención de infecciones de transmisión sexual principalmente VIH y SIDA
10. Disminución de embarazos adolescentes
11. Disminución de crecimiento poblacional.

7.2 ¿QUIENES PRESTAN LOS SERVICIOS DE PLANIFICACION FAMILIAR Y A QUIENES VA DIRIGIDO?

Según la Norma Oficial Mexicana

Los servicios de información, orientación, consejería, selección, prescripción y aplicación de anticonceptivos, identificación y manejo de casos de esterilidad e infertilidad, así como de prevención de enfermedades de transmisión sexual y de atención materno infantil, constituyen un conjunto de acciones, cuyo propósito es contribuir al logro del estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad durante el proceso de reproducción y el ejercicio de la sexualidad, así como al bienestar de la población.

Los servicios de planificación familiar serán impartidos por:

- Personal medico
- Personal de enfermería
- Auxiliares comunitarios
- Médicos privados
- Promotores de salud
- Agentes de salud comunitaria

Quienes realizarán las siguientes actividades:

- Promoción y difusión
- Información y educación
- Consejería
- Selección, prescripción y aplicación de métodos anticonceptivos
- Identificación y manejo de casos de infertilidad y esterilidad.

Los servicios de planificación familiar deben ofrecerse a toda persona en edad reproductiva que acuda a los servicios de salud, independientemente de la causa que motive la consulta y demanda de servicios, en especial a las mujeres portadoras de mayor riesgo reproductivo.

Deben ser gratuitos cuando sean prestados por instituciones del sector público.

7.3 INFORMACIÓN QUE DEBE PROPORCIONAR EL CONSEJERO DE PLANIFICACION FAMILIAR Y EDUCACION SEXUAL

El consejero debe informar, orientar y apoyar, educando a los individuos o parejas que lo requieran para esclarecer sus dudas de acuerdo al método de planificación familiar que elijan como:

- Sus características.
- Efectividad anticonceptiva.
- Contraindicaciones y precauciones.
- Forma de administración.
- Lineamientos generales para la prescripción.
- Duración de la protección anticonceptiva.
- Seguridad, efectos colaterales y conducta a seguir.
- Necesidad de seguimiento, evaluación y reforzamiento de la protección anticonceptiva.

El consejero debe dar especial atención a los siguientes grupos de individuos:

- a) Adolescentes.
- b) Usuarios que solicitan métodos de anticoncepción permanente.
- c) Individuos con limitaciones físicas o psíquicas que puedan afectar su capacidad de decisión.
- d) En el post parto.

Para realizar una labor eficaz, el consejero debe establecer un diálogo ágil con el usuario potencial, así como observar, hacer preguntas relevantes y escuchar. Asimismo, debe estar bien informado sobre todos los métodos anticonceptivos existentes, aspectos básicos de sexualidad y reproducción humana, incluyendo los lineamientos para la identificación y manejo de casos de esterilidad e infertilidad, factores de riesgo reproductivo, elementos del entorno sociocultural y familiar y

saber transmitir esta información en forma clara y accesible a los usuarios, para lo cual debe auxiliarse de material educativo adecuado.

Debido a que el consejero y el usuario potencial establecen comunicación sobre cuestiones de índole personal, es importante que se preserve el carácter privado y confidencial de la consejería en planificación familiar, para que aliente al solicitante a expresarse con absoluta confianza y libertad. El consejero debe imprimir carácter de respeto y privacidad en el trato al usuario, a través de su actitud y del interés mostrado al solicitante, procurando que exista un ambiente de mutua confianza, así como tomar en consideración los mitos, tabúes y creencias sobre los anticonceptivos y hacer las aclaraciones pertinentes con delicadeza y sensibilidad.

EDUCACION SEXUAL

Es una enseñanza de alta calidad y el aprendizaje de una amplia variedad de temas relacionados con el sexo y la sexualidad; explorar valores y creencias sobre estos temas y sumas herramientas necesarias para manejar relaciones y la propias salud sexual. La educación sexual ocurre principalmente en el hogar o al menos es donde debe ocurrir en primera instancia, por consiguiente en las instituciones escolares o en lugares comunitarios, muchas de las veces en ninguno de estos dos lugares es proporcionada por lo que la adolescente se ve incitada a buscar esa información en otros lugares como lo es la comunidad, grupos de amigas e incluso vía internet, donde la mayoría de estos a veces la información que se maneja es equivocada o la misma adolescente toma lo que es en beneficio para ella.

La sexualidad influye y forma parte de la conducta humana y a la vez rige nuestro comportamiento y muchas de nuestras acciones en nuestro desempeño diario, la sexualidad es el carácter de feminidad o masculinidad de un individuo para lo cual es básico el desarrollo de los caracteres sexuales secundarios que van a la par con el desarrollo de la personalidad del individuo esto rige nuestra forma de actuar y de comportamientos en la sociedad y en condiciones normales los identificamos con algún sexo, genotipo.

Una educación sexual integral debe abarcar una amplia gama de temas como:

- Desarrollo humano
- Relaciones (familiares, amistades, amorosas y noviazgo).
- Herramientas personales (comunicación y toma de decisiones).
- Comportamiento sexual
- Salud sexual (enfermedades de transmisión sexual, métodos de planificación familiar y embarazo).
- Sociedad y cultura (roles de género, diversidad y sexualidad en los medios).

La sexualidad forma parte integral de cada individuo y rige su comportamiento diario dentro de la sociedad a la que pertenecen.

La educación sexual es ante todo un proceso vital o esencial mediante el cual se adquiere conocimientos, actitudes y valores respecto a la sexualidad en todas sus manifestaciones que van desde los aspectos biológicos hasta los relacionados con la reproducción, el erotismo, la identidad y la representación social dentro de la cual se desenvuelve la adolescente.

Uno de los fines de la sexualidad y de la educación sexual es lograr que un individuo acepte la plena responsabilidad de sus acciones que se van a tomar y no dejarse llevar por los impulsos o arrebatos o solamente el deseo, la excitación o el momento.

Desafortunadamente los adolescentes y los jóvenes se rigen y dejan llevar más por sus impulsos y deseo sexual más que por una razón de la situación actual.

La educación sexual se basa en los diferentes tipos de materias tales como:

- Anatomía
- Fisiología

Es en estas materias donde se adquieren conocimientos sobre las partes orgánicas del aparato reproductor femenino y masculino, así como su funcionamiento.

La forma de como los progenitores tratan a su hijo regirá en gran parte el papel que este desempeñe en la sociedad y las relaciones que conforme, así como el respeto a sí misma y hacia los demás, al igual que la comunicación entre padres e hijos.

Está comprobado que los hijos que viven en hogares funcionales tienen tendencia a ellos también formar un hogar normal o funcional

Pero en muchas de las ocasiones estas relaciones entre padres e hijos se ven afectadas por los diferentes factores ya mencionados lo que hace en la adolescente perder el respeto y enfrentar las relaciones de diferente manera en la cual el embarazo a su corta edad no es plenamente deseado, pues el acto sexual no fue tomado con la responsabilidad y madurez que requiere para procrear una nueva vida.

Es por eso que la profesional de enfermería debe orientar, educar y enseñar para de lo que es la educación sexual para que más adelante no se vea afectada y la adolescente pueda hacer lo mismo por el bebé que está por nacer, en ella está en crear un cambio, si en ella no existió una educación por parte de sus padres la adolescente podrá hacerlo por el futuro de su hijo con los conocimientos que la enfermera brinde.

7.4 MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

Son utilizados para regular la capacidad reproductiva de un individuo o una pareja con el fin de evitar embarazos no deseados. Se clasifican dependiendo de la posibilidad de recobrar la fertilidad:

- TEMPORALES
 - Hormonales orales
 - Hormonales inyectables
 - Hormonales subdérmicos
 - Dispositivo intrauterino
 - De barrera y espermicidas
 - Naturales o de abstinencia periódica

- PERMANENTES
 - OTB
 - Vasectomía

Para la adecuada selección, prescripción y aplicación de los métodos se requiere:

- Interrogatorio
- Examen físico
- Valoración de riesgo reproductivo
- Consejería previa que garantice la selección del método
- Adecuada información ya prescrita, entendida y eficaz

7.5 MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS RECOMENDADOS PARA LA ADOLESCENTE

- Hormonales orales: se dividen en dos grupos los combinados estrógeno y progestina y los de solo progestina, están indicados para mujeres en edad fértil con vida sexual activa, nuligestas y nulíparas o multíparas, incluyendo adolescentes. Se toman vía oral de forma continua responsabilizándose de las tomas.

Las de solo progestina se administrarán solo en los casos de estar lactando o ser alérgica a alguno de los componentes de estrógenos.

- Hormonales inyectables: también se dividen en dos grupos los combinados estrógeno y progestina y los de solo progestina, están indicados para mujeres en edad fértil con vida sexual activa, nuligestas y nulíparas o multíparas, incluyendo adolescentes. Su diferencia es que se inyectan vía intramuscular con una duración de 30 a 33 días.
- Hormonales subdérmicos: Es un método anticonceptivo temporal, de acción prolongada, que se inserta subdérmicamente y consiste en un sistema de liberación continua y gradual de una progestina sintética (no contiene estrógeno). Este método está indicado para mujeres en edad fértil con vida sexual activa, nuligestas, nulíparas o multíparas, incluyendo adolescentes con patrón menstrual regular, que deseen un método anticonceptivo hormonal de larga acción que no requiere de la toma o aplicación periódica. Se inserta subdérmicamente en la cara interna del brazo siguiendo las normas y técnicas quirúrgicas.

7.6 LACTANCIA MATERNA

Según la OMS la lactancia materna es la forma ideal de aportar a los niños pequeños los nutrientes que necesitan para crecimiento y desarrollo saludables.

Todas las mujeres pueden amamantar, siempre y cuando reciban la información necesaria, el apoyo familiar y apoyo del sistema de salud.

La OMS recomienda la lactancia materna exclusivamente hasta los seis meses de edad, la introducción de los alimentos serán progresivamente, los apropiados y seguros para la edad manteniendo la lactancia materna hasta los dos años si es que así se desea.

La lactancia materna ofrece muchos beneficios tanto maternos como neonatales. La leche materna es específicamente adecuada para la nutrición del bebé por lo menos 6 meses de vida.

Cada leche tiene características propias que la diferencian de otra leche.

La infancia es un periodo muy vulnerable ya que es el único periodo en que un solo alimento es la única fuente de nutrición y justamente durante una etapa de maduración y desarrollo de sus órganos.

La leche materna es un fluido vivo que se adapta a los requerimientos nutricionales e inmunológicos del niño a medida que crece y desarrolla.

TIPOS DE LECHE

La UNICEF define los diferentes tipos de leche, así mismo describe las características que poseen cada una.

- **PRETERMINO:**

Es aquella leche prematura que se produce cuando se ha dado a luz a un bebé prematuro.

Esta leche es rica en grasas, azúcares y proteínas, además es baja en lactosa. En definitiva, todos aquellos nutrientes básicos para el crecimiento.

La lactoferrina y la IgA son abundantes.

- **CALOSTRO:**

Se produce los primeros 3 a 4 días después del parto. Es amarilla, espesa y de poco volumen. Aproximadamente de 2 a 20 ml por cada succión, siendo suficiente para satisfacer sus necesidades. El calostro contiene:

Grasa = 2gr

Lactosa = 4gr

Proteína = 2gr

Kcal.= 67 kcal.

Contiene pocas cantidades de lactosa, grasa y vitaminas hidrosolubles que la leche madura, mientras que contiene mayor cantidad de proteínas, vitaminas liposolubles, carotenos y minerales como sodio y zinc. Los beta carotenos dan el color amarillento y el sodio un sabor ligeramente salado.

La Ig A y la lactoferrina, son proteínas protectoras encontradas en el calostro, disminuyendo al aumentar la producción de la leche, lo que le confieren al recién nacido una eficiente protección contra gérmenes encontrados en el medio ambiente.

- Está ajustado a las necesidades específicas del RN
- Facilita la eliminación del meconio
- Facilita la reproducción del lactobacilo bífido en el lumen intestinal.

- Antioxidantes y quinonas necesarias para el daño oxidativo y hemorragias.
 - Las inmunoglobulinas cubren en revestimiento interior del tracto digestivo previniendo adherencias de agentes patógenos.
 - El poco volumen ayuda al RN a organizar progresivamente su trípico funcional, succión - deglución – respiración.
 - Volumen del calostro y osmolaridad son adecuados para la función renal del RN dado que aún son inmaduros.
- **LECHE DE TRANSICIÓN:**
Es la leche que se produce a partir del 4º a 15º día post parto en el que se produce un aumento brusco en la producción de leche hasta alcanzar un volumen notable, 600/800ml diarios.
Los cambios de composición y volumen son muy significativos, la leche de transición va variando día a día hasta alcanzar las características de la leche madura.
 - **LECHE MADURA:**
La leche materna madura tiene gran variedad de elementos, de los cuales solo algunos son conocidos.
Los principales componentes de la leche son:

AGUA

La leche materna contiene 88% de agua y su osmolaridad es semejante al plasma, permite al niño mantener un perfecto estado electrolítico.

PROTEINAS

La proteína de la leche está compuesta por 30% caseína y 70% proteínas del suero. Esto da un total de .9 g/100ml

La caseína está formada por micelas complejas de caseinato y fosfato de calcio.

IgA protege a la glándula mamaria así como las mucosas del lactante.

La lactoferrina tiene acción bacteriostática y contribuye a la absorción del hierro en el intestino del niño.

Lisozima factor antimicrobiano, efecto bacteriolítico, mantiene la flora intestinal del niño y propiedades antiinflamatorias. (Goldman y Col.,2010)

Taurina importante aminoácido libre de la leche materna, el RN no es capaz de sintetizarla. Es necesaria para conjugarse los ácidos biliares y como posible neurotransmisor o neuro- modulador del cerebro y la retina.

HIDRATOS DE CARBONO

Su principal hidrato de carbono es la lactosa, un disacárido compuesto de glucosa y galactosa. Contiene aproximadamente 7g/dl.

La lactosa al metabolizarse en glucosa y galactosa provee el 40% de energía

Hay una importante variación dentro de una misma mamada, siendo la leche del final de la mamada, 4 a 5 veces más concentrada en grasa que la primera.

Se cree que esta mayor concentración de grasa de la segunda parte de la mamada tiene que ver con el mecanismo de saciedad del niño. Cuando la madre se extrae la leche, debe tener en cuenta esta

diferencia, especialmente en el caso de prematuros, ya que la leche del final tiene más calorías. (Morley, 2010).

A pesar de que los ácidos linoleico y linolénico se ven afectados por la dieta de la madre y por la composición de su grasa corporal, toda leche humana es rica en estos ácidos grasos poliinsaturados de cadena larga. La mayoría de las fórmulas contienen muy pocos o no los contienen (Gibson & Kneebone, 1981), aunque a partir de 1989 algunos fabricantes los agregaron.

LAS GRASAS

Es el componente más variable.

Hay fluctuaciones diurnas de acuerdo al número de veces que la madre alimenta a su bebé.

En cada succión existe cierta variación de grasas siendo la última succión de 4 a 5 veces de mayor concentración que la primera.

La grasa de la leche es secretada en glóbulos microscópicos, de 1-10 μm . La membrana globular, que recubre los lípidos no polares, como los triglicéridos y el colesterol, está compuesta de fosfolípidos complejos.

Los ácidos grasos araquidónico y docosahexaenoico, participan en la formación de la sustancia gris y en la mielinización de las fibras nerviosas. Se forman a partir de los ácidos linoleico y linolénico respectivamente. Estos últimos se obtienen de la dieta de la madre.

A pesar de que los ácidos linoleico y linolénico se ven afectados por la dieta de la madre y por la composición de su grasa corporal, toda leche humana es rica en estos ácidos grasos poliinsaturados de cadena larga. La mayoría de las fórmulas contienen muy pocos o no los contienen (Gibson & Kneebone, 2010), aunque a partir de 1989 algunos fabricantes los agregaron. Después del nacimiento, el principal aporte de energía lo constituyen las grasas y la leche materna proporciona al RN el 50% de las calorías en forma de grasa. La leche humana es rica en colesterol. Aún no se sabe la importancia que esto puede tener para el metabolismo en el adulto; tampoco se sabe si la presencia o no de colesterol en los sustitutos es una ventaja para los niños alimentados artificialmente.

VITAMINAS:

La concentración de vitaminas en la leche humana es la adecuada para el niño, pero puede variar de acuerdo a la ingesta alimentaria de la madre.

Contiene gran variedad de vitaminas liposolubles A, D, E, K.

Las vitaminas hidrosolubles también son variadas de acuerdo a la ingesta de la madre, si está en buen estado nutricional los niveles de vitaminas serán más altos.

Las deficiencias de estas vitaminas en los niños son raras, aun en casos de mujeres que su ingesta nutricional varía por el hecho de ser vegetarianas puesto que tienen el riesgo de sufrir una deficiencia de vitamina B.

MINERALES:

La concentración de minerales en la leche materna consta de los siguientes:

Na, hierro, calcio, fosforo, magnesio, potasio, y flúor, no es afectada por la ingesta materna, pero sin embargo se adecua a las necesidades fetales.

HORMONAS:

La leche materna incluye oxitocina, prolactina, esteroides suprarrenales y ováricos, prostaglandinas, hormona liberadora de gonadotropina, hormona de crecimiento, insulina, somatostatina, relaxina, neurotensina, hormona tiroidea estimulante, tiroxina, triyodotironina y eritropoyetina.

La liberación de hormonas puede estar influenciada por componentes de la leche como las betacaseomorfinas humanas.

PRENATALMENTE

El profesional de salud deberá orientar a la joven madre mediante la impartición de una serie de conocimientos básicos sobre la anatomía y fisiología de la mama, así como la higiene y cuidados. Además del apoyo que recibirá por parte de la familia o su pareja influirá en que se brinde o no lactancia materna.

POSTNATALMENTE

El apoyo profesional en este momento es fundamental para lograr el éxito en la lactancia materna.

Los profesionales de enfermería, pediatría, ginecología y todo aquel que esté capacitado para brindar apoyo durante la lactancia materna explicarán el proceso de amamantamiento a demanda y sin restricciones.

BENEFICIOS

- Es considerado el mejor alimento para un bebé.
- Brinda todos los elementos necesarios para el crecimiento y desarrollo.
- Se digieren más fácilmente que las leches artificiales.
- Favorece y fortalece la relación madre-hijo.
- El calostro es muy importante para la obtención de las defensas.
- Es más segura e higiénica.
- Transfiere protección contra infecciones y alergias específicas.
- Estimula el desarrollo del sistema inmune del RN.
- Contiene componentes antiinflamatorios.
- La leche materna estimula la producción de la IgA.
- Desarrollo dento-maxilar y facial.
- Desarrollo intelectual del niño, mejor desarrollo psicomotor.
- Disminución de índices de mortalidad, morbilidad y desnutrición infantil.
- Económica.
- Para la mamá ayuda a la involución uterina.
- Pérdida de peso más fácilmente.
- Reduce el riesgo de depresión post-parto
- Previene el cáncer de mama y ovario.
- Reduce el riesgo de padecer osteoporosis.

CONTRAINDICACIONES

- Cáncer materno.
- Tuberculosis.
- Tratamiento con fármacos que traspasan la barrera placentaria.
- Drogadicción.
- Enfermedades congénitas del metabolismo del niño (galactosemia).
- Enfermedades del recién nacido.
- Ictericia grave, labio y paladar hendido.
- VIH.

Está contraindicado también cuando la madre consume:

- Alcohol.
- Cigarro.
- Anticonceptivos con estrógenos.
- Cocaína.
- Antineoplásicos.
- Antihistamínicos descongestivos.
- Antivirales.
- Antidepresivos, psicotrópicos.
- Antihipertensivos.
- Café.

CONSEJOS PARA LA LACTANCIA

- Iniciar lo más pronto posible.
- Amamantar sin restricciones.
- Comodidad de la madre a la hora de lactar.
- Espalda apoyada.
- Que el bebé sea llevado al pecho de la madre y no el pecho al bebé.
- Cabeza y cuerpo del bebé estén alineados al abdomen materno.
- Que la cara del bebé esté frente al pecho de la mamá, su nariz contra el pezón mirando a la madre.
- Que todo el cuerpo del bebé sea sostenido por el regazo materno.
- Buena alimentación materna.
- Buena hidratación materna.
- Lavar los pezones y manos antes y después de cada toma con jabón neutro.

POSICIONES PARA AMAMANTAR

LATERAL: estando sentada o tumbada, situar una almohada o cojín sobre el regazo y colocarle sobre la almohada mirando a la madre. Se debe abrazar como si se llevara un balón de rugby.

SENTADA: El bebé estirado frente a la madre en contacto con su cuerpo, mamando de un pecho y con sus pies hacia el otro pecho. Es la más habitual.

DE CABALLITO: En esta posición el bebé está sentado a horcajadas sobre una de las piernas de su madre.

8 CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL TRABAJO DE PARTO Y POST PARTO

Para las adolescentes el parto es considerado un momento definitivo, su vida está por cambiar y con miedo desempeñara en la familia un nuevo rol, el ser madre.

La adolescente necesitara mayor apoyo al de una mujer adulta, el dolor y el miedo dominan el momento y con frecuencia suelen recibir reclamos, faltas de respeto, actitudes groseras y discriminación por parte de algunos profesionales de salud.

La enfermera ante el cuidado de una adolescente en trabajo de parto deberá tomar las acciones necesarias prioritarias para su atención, brindar esas necesidades fisiológicas, emocionales y afectivas.

Se le proporcionara toda la información necesaria a los procedimientos que se le realizaran en la sala de partos y explicarle que quizás no sea la única adolescente en la sala.

La actitud del personal médico y enfermeril influirán en la tranquilidad de la adolescente y el cómo afrontara el trabajo de parto.

La enfermera especialista en el área de gineco-obstetricia proporcionara una atención personalizada, rápida y oportuna a la adolescente durante el trabajo de parto, lo que ayudara a prevenir la aparición de complicaciones materno-fetales.

Aplicará sus conocimientos de acuerdo al cuidado que proporciona la teórica Jean Watson, un cuidado intrapersonal dejando atrás los prejuicios y el ego, par que ese cuidado se logre completo y humanizado.

8.1 EXPEDIENTE CLÍNICO

HISTORIA CLÍNICA

- ◆ Tener historia clínica completa
 - ficha de identificación
 - antecedentes ginecológicos y obstétricos
 - antecedentes familiares
 - antecedentes personales
 - padecimientos actuales
- ◆ Exploración física
 - Instrumentada
 - Signos vitales
 - Habitus exteriores
 - Inspección
 - Palpación
 - Percusión
 - Auscultación
 - Pelvimetría clínica
- ◆ Impresión diagnóstica
 - Diagnóstico integral
- ◆ Pronóstico
 - En cuanto a la salud y la vida
- ◆ Plan de manejo
 - Medidas generales
 - Medicamentos
 - Estudios
 - Interconsultas

8.2 ACTIVIDADES A REALIZAR

EVALUACION

- Nos permite conocer más a la adolescente y crear un ambiente de confianza enfermera-paciente.
- Proporcionar atención continua a la adolescente durante el trabajo de parto y parto.
- Prevenir las posibles complicaciones que puedan afectar a la madre y al feto.

VALORACIÓN

- Se debe contar con un lugar adecuado para la realización de la historia clínica.
- Toma de signos vitales
- Exploración física
- Signos y síntomas
- Referirla al área obstétrica.

EXAMEN FISICO DETALLADO

- Toma de signos vitales
- Somatometria
- Exploración cefalocaudal.
- Maniobras de Leopold
- Valorar al feto con frecuencia cardiaca fetal y movimientos fetales.
- Identificar signos y síntomas.

ACTIVIDADES

- ◆ Dara la bienvenida de forma amable, cálida, etc.,
- ◆ Preparara a la adolescente psicológicamente y brindando confianza y tranquilidad.
- ◆ Ayudará al posicionamiento de la adolescente en la sala
- ◆ Se realizará la higiene correcta vaginal y si está indicado posible tricotomía
- ◆ Canalizara una vía intravenosa correctamente
- ◆ En cualquier momento escuchar a la adolescente cuando exprese malestares y temores
- ◆ Valorar frecuencia cardiaca fetal y movimientos fetales
- ◆ Identificar las fases del trabajo de parto (signos y síntomas)
- ◆ Valorar las condiciones de las membranas
- ◆ Valorar planos de descenso de la presentación fetal
- ◆ Identificar valores de riesgo
- ◆ Referir oportunamente el nivel de atención ante la presencia de riesgo

8.3 BIENESTAR MATERNO-FETAL DURANTE LA FASE DE TDP A TRAVÉS DE:

La asistencia psicológica a la adolescente es de vital importancia para formar una base de confianza y apoyo en ese momento tan importante en el que se convertirá en madre.

La profesional informará, orientará y brindará acompañamiento a la adolescente, por ningún motivo deberá estar sola, la profesional reconocerá las señales del trabajo de parto que son:

- ◆ Expulsión del tapón mucoso.
- ◆ Inicio de contracciones uterinas cada vez más intensas y constantes.
- ◆ Ruptura de membranas con salida de líquido amniótico.

La asistencia durante el trabajo de parto es una labor fundamental en la profesión de enfermería, por lo tanto seguirá con las siguientes recomendaciones para evitar cualquier complicación:

- ◆ Toma y registro de sinología vital cada 4 horas.
- ◆ Monitorización y auscultación de FCF antes, durante y después de cada contracción uterina, con ayuda de toco-dinamómetro.
- ◆ Valorar planos de descenso de la presentación fetal
- ◆ Mantener a la adolescente en buen estado hídrico.
- ◆ Reposo en decúbito lateral izquierdo para evitar síndrome de supresión de la vena cava.
- ◆ Identificar signos y síntomas que indiquen la expulsión del feto.

8.4 ATENCIÓN DE LA ADOLESCENTE EN PERIÓDO DE EXPULSIÓN

Una vez que el equipo está avisado del inicio del trabajo de parto deberá contar con:

- ◆ Área quirúrgica preparada, material, equipo.
- ◆ Fuente de luz funcional.
- ◆ Cuna radiante en buen estado.
- ◆ Equipo de parto completo.
- ◆ Bulto de cirugía bien esterilizado.
- ◆ Báscula bien calibrada.
- ◆ Cinta métrica de un solo uso.
- ◆ Aspirador con catéteres nuevos.
- ◆ Oxígeno.
- ◆ Carro rojo completo.
- ◆ Tubos de laboratorio los necesarios.

El período de expulsión ocurre cuando el cuello del útero está completamente dilatado y el bebé podrá ser expulsado con ayuda de las contracciones, su dificultad dependerá del tamaño del bebé, posición, peso, etc. se deberá proceder a:

- ◆ Valorar condiciones materno-fetales
- ◆ Control y registro de signología vital.
- ◆ Valorar estado hídrico de la adolescente.
- ◆ Valorar las contracciones de acuerdo a frecuencia, intensidad y duración.
- ◆ Uso de toco-dinamómetro para registrar frecuencia cardiaca fetal.
- ◆ Registrar características de líquido amniótico, modificaciones del cérvix y posición del bebé.
- ◆ Ayudar a la adolescente a adoptar una posición cómoda o ginecológica.
- ◆ Motivar a iniciar los ejercicios respiratorios del curso psico profiláctico.
- ◆ Brindar un ambiente cómodo, seguro y sobre todo privado.

- ◆ Asepsia
- ◆ Ayudar en las maniobras de Válsala, explicando a la adolescente como hacerlo correctamente, sin gritar y respirando correctamente.
- ◆ Elogiar y darle ánimos
- ◆ Evaluar condiciones del periné con el fin de detectar el alumbramiento.
- ◆ A la salida del canal del parto, asistir con aspiración de secreciones con ayuda de perilla.
- ◆ Recepción del R.N en caso de no haber médico pediatra con una manta precalentada para evitar pérdida de calor.
- ◆ Mantener el contacto piel a piel sobre el pecho de la joven madre.
- ◆ Realizar estimulación a través del secado iniciando por la cabeza, cubrir al terminar.
- ◆ Trasladar al recién nacido a la cuna de calor radiante con temperatura adecuada y para valorar al recién nacido.
- ◆ Evaluación del APGAR al minuto y a los 5 minutos del nacimiento.
- ◆ Pinzamiento, ligadura y corte del cordón umbilical.
- ◆ Toma de muestras sanguíneas necesarias a través del cordón umbilical.
- ◆ Profilaxis oftálmica con gotas de cloranfenicol oftálmico.
- ◆ Aplicación de vitamina K vía intramuscular
- ◆ Somatometría del recién nacido.
- ◆ Toma de huella de pie derecho para el acta de nacimiento correspondiente,
- ◆ Identificación correcta del recién nacido.
- ◆ Traslado a unidad de cuneros para su atención.

Ya concluida la expulsión del recién nacido, se da la tercera etapa del parto llamado alumbramiento, que es el tiempo que transcurre entre la salida del feto y la expulsión de la placenta, por lo tanto será necesario:

- ◆ Aplicar oxitocina a la adolescente para ayudar a contraer al útero disminuyendo complicaciones de atonía uterina, hemorragia y reduciendo el tiempo de la expulsión de la placenta.
- ◆ Control de líquidos, después de un arduo trabajo.
- ◆ Aplicación de medicamentos prescritos.
- ◆ No forzar la expulsión de la placenta, esperar a que sea espontánea.
- ◆ Revisar las dos caras de la placenta, contando los cotiledones y que se encuentre íntegra.
- ◆ Toma y registro de signos vitales.
- ◆ Valorar la coloración de tegumentos y estado general.
- ◆ Vigilar en todo momento la contracción y retorno uterino
- ◆ Revisar anexos de la vulva así como canal cervical en busca de lesiones.
- ◆ Sutura de episiotomía, en caso de haberla realizado.

8.5 PUERPERIO

Consiste en la expulsión de la placenta, hasta generalmente 6 semanas posteriores a, en que ocurre la primera menstruación y vuelve a la normalidad el organismo femenino. Se divide en:

- Puerperio inmediato
- Puerperio mediato
- Puerperio tardío

8.6 CUIDADOS EN EL PUERPERIO INMEDIATO

Hace referencia a las primeras 24 hrs. Después del nacimiento del bebé. Se vigilará:

1. Características del sangrado, loquios (cantidad, color y presencia de coágulos).
2. Características de contracciones uterinas (entuerros).
3. Pulso y tensión arterial (TA) cada 1/2 h en las primeras 2 h y luego cada 1 h.
4. Características de la herida (vigilar la formación de hematomas).
5. Diuresis: debe ser espontánea; de no producirse, se realizará sondaje vesical con medidas de asepsia y antisepsia. Un globo vesical, asciende el fondo del útero e impide que se contraiga (atonía uterina secundaria) lo que motiva un sangrado abundante.
6. Ingestión de abundantes líquidos.
7. El cumplimiento de los objetivos fundamentales del alojamiento conjunto como «madre canguro» y lactancia a libre demanda.
8. Que la enfermera haga una evaluación de la paciente cada vez que tome los signos vitales.
9. Que el médico realice una observación integral de la puérpera a las 4 h y decida su traslado a la sala de puerperio.

10. Que la enfermera y el médico eduquen a la adolescente en relación con la técnica de lactancia materna y sus ventajas. De no existir el cubículo de alojamiento conjunto, todo lo antes expuesto se cumplirá en la unidad obstétrica.

8.7 CUIDADOS EN EL PUERPERIO LAS SIGUIENTES 20 HORAS

1. Dieta libre y abundantes líquidos.
2. Vigilancia del sangrado (cantidad, color y olor).
3. Cuidado vulvoperineal. Aseo con agua estéril y jabón neutro o de clorhexidina.
4. Movilización y deambulación precoz.
5. Baño y cambio de la ropa de cama, y cambio de la bata de la puérpera cada vez que sea necesario.
6. Cuidados de las mamas (aseo con agua y jabón neutro después de cada toma).
7. Atención a la evacuación vesical e intestinal. Promover la evacuación espontánea.
8. No uso de medicamentos que se pasen a través de la leche materna.
9. Pulso, TA y temperatura cada 8 h.
10. Observación de enfermería en cada toma de signos vitales.
11. Pase de visita por el médico, quien debe escribir en la historia clínica sus observaciones sobre:
 - a) Estado general subjetivo, sueño, apetito y otros.
 - b) Estado del recién nacido (interés psicológico y humano).
 - c) Mamas.
 - d) Abdomen.
 - e) Útero: vigilancia de involución uterina, distancia que se encuentra del ombligo.
 - f) Loquios: vigilar color, cantidad y olor según días del puerperio.

- g) Perineo y estado de las heridas.
- h) Funcionamiento de los emuntorios.
- i) Estado de las extremidades inferiores.
- j) Pulso, TA y temperatura.

8.8 CUIDADOS EN EL PUERPERIO MEDIATO O PRECOZ

Va de los 7 a 10 días después del parto.

1. Pase de visita diario por el médico.
2. Observación de enfermería después de la toma de los signos vitales.
3. Signos vitales cada 8 h.
4. El resto se mantiene igual al período anterior.
5. Lactancia materna exclusiva.
6. Criterio de alta (entre el tercero y el quinto días):
 - a) Puérpera asintomática.
 - b) Hemoglobina dentro de los límites aceptables.
 - c) Signos vitales normales.
 - d) Buena involución uterina.
 - e) Loquios normales en relación con los días del puerperio.
 - f) Estado normal de las mamas.
 - g) Orientaciones a la puérpera sobre los posibles signos y síntomas que la obliguen a asistir al médico de la familia para valorar su remisión al hospital para ingreso: fiebre, fetidez de los loquios, taquicardia, anorexia, malestar general, mareos, aumento de volumen de las mamas y dolor, aumento del sangrado, deshidratación, etc.

8.9 CUIDADOS EN EL PUERPERIO TARDÍO

En este periodo la adolescente ya se encontrará en casa, deberá acudir a la unidad de atención donde fue atendido su parto o al lugar donde el médico que la atendió, labore.

1. Realizará la captación de la puérpera en la primera semana después del parto.
2. Dará orientaciones acerca de ejercicios apropiados para restablecer la tonicidad y que debe evitar esfuerzos físicos.
3. Vigilará el mantenimiento de la lactancia exclusiva, por lo menos hasta el cuarto mes del nacimiento.
4. Atenderá fundamentalmente:
 - a) Aspectos psicológicos de la puérpera.
 - b) Signos vitales.
 - c) Estado de las mamas.
 - d) Involución uterina.
 - e) Estado de las heridas.
 - f) Retiro de puntos.
 - g) Retorno de la menstruación.
 - h) Características de los loquios.
 - i) Exámenes complementarios, si son necesarios.
5. El médico y la enfermera de la familia darán instrucciones acerca de la planificación familiar y su reincorporación a la vida habitual.
6. Debe proscribirse el contacto sexual hasta finalizado el puerperio tardío.

CONCLUSIÓN

El embarazo en la adolescencia ha ido en aumento desde hace varios años, sin embargo, la problemática también está en que la educación en planificación familiar y la educación sexual son deficientes. Sin embargo, no es el único factor que predispone a los adolescentes a tener vida sexual a tan corta edad.

El embarazo parto y puerperio es una etapa en la mujer muy importante y más en el caso de la adolescente quien requerirá de todo el apoyo del personal para lograr un producto estable y ella misma poder obtener el bienestar para cuidar de su hijo. La calidad de vida que la adolescente de a sus hijos también dependerá del apoyo que se le brinde en el hogar, la escuela y los servicios de salud, si alguno de estos contiene la información incorrecta o no la proporcione el incremento de la morbi-mortalidad materna fetal y el incremento poblacional será en forma desmedida.

Es por eso que se debe orientar de manera correcta a la adolescente para que logre las condiciones adecuadas para mantener a su hijo, educarle y orientarle, así mismo el personal de enfermería tendrá como obligación alentar a la adolescente a que continúe los cuidados que se le han brindado dentro del nosocomio formándolos ella como autocuidado, al igual alentara a seguir sus estudios para que en un futuro pueda mejorar la calidad de vida de su familia aunque no tenga el apoyo del cónyuge, novio o familia, si este es el caso, que se encuentre en situación de desamparo, se le orientara a las instituciones correspondientes para su auxilio y que ella y su hijo no corran peligro alguno o tome el camino fácil de la prostitución, drogadicción o incluso que por su mente pase el dar a su hijo a cambio de dinero.

Existe una gran discriminación a este vulnerable grupo social por parte de la sociedad e incluso del mismo personal de salud quienes juzgan deliberadamente sobre el inicio de su vida sexual sin responsabilidad, lejos de ayudar a que se siga suscitando mediante las pláticas de educación sexual y la planificación familiar.

El cuidado a la adolescente en trabajo de parto y post parto es una atención que se debe prestar en su totalidad, dado que la enfermera debe estar presente en todo momento puesto que es la encargada de observar que todo se realice correctamente, así como también ocupándose de todos los aspectos que requiera la paciente.

Si la enfermera se encuentra atenta en todo momento de la adolescente, está la tomará en cuenta y por lo tanto tendrá la confianza de buscarla en el momento necesario y por lo tanto el trabajo de parto será un proceso menos complicado para la adolescente y tomará todos los consejos que la enfermera brinde para su bienestar, así como una vez logrado el parto el puerperio será otra etapa complicada pues las hormonas propias del embarazo estarán en constante cambio, es responsabilidad de la enfermera explicar esto a la adolescente que sufrirá cambios propios del embarazo y deberá tomarlos con seriedad y cuidar de si para evitar complicaciones.

10 BIBLIOGRAFÍA

10.1 BÁSICA

1. MARIA LETICIA SOBEIDA BLAZQUEZ. REVISTA MEDICINA, SALUD Y SOCIEDAD 2014, UNIVERSIDAD VERACRUZANA, 2016.
2. CONSUELO HERNANDEZ, REVISTA SALUD 180, UNIVERSIDAD AUTONOMA METROPOLITANA, 2010
3. SALVADOR MAESTRE GALLEGO, REVISTA MÉDICA DE COSTA RICA Y CENTROAMERICA (2013).
4. DR.ALFONSO ZAMUDIO PEDRAZA, GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA, 2018
5. DR. JAVIER RODRIGUEZ, ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIÓN REPRODUCTIVA, 2010.
6. JULIAN PEREZ PORTO Y MARIA MERINO, DEFINICION DE EMBARAZO PRECOZ, 2008.
7. DRA. SOLEDAD DIAZ, INSTITUTO CHILENO DE MEDICINA REPRODUCTIVA, PERIODO POSTPARTO, 2008
8. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, PLANIFICACIÓN FAMILIAR, 8 FEBRERO DE 2018.
9. SECRETARIA DE SALUD, DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD REPRODUCTIVA, 2002
10. UNICEF, UNETE POR LA NIÑEZ, 2010
11. C. SHELLHORN, V VALDES MINISTRO DE SALUD, MANUAL DE LACTANCIA PARA PROFESIONALES DE LA SALUD, UNICEF, CHILE, 2010.
12. WEB CONSULTAS, FASES DE TRABAJO DE PARTO, MÉXICO, 20 DICIEMBRE 2016.
13. ANN MARRINER TOMEY- MARTHA RAILE ALLIGOOD, MODELOS Y TEORIAS DE ENFERMERÍA, ELSEVIER MOSBY, SEXTA EDICION, PP. 91 – 105, 2012.

14. WATSON J, NURSING HUMAN SCIENCE AND HUMAN CARE: A THEORY OF NURSING NEW YORK: NATIONAL LEAGUAE OF NURSING, 1998, P 158, 2010.
15. CARTA DE OTTAWA, PRIMERA CONFERENCIA INTERNACIONAL SOBRE PROMOCION DE LA SALUD, CANADÁ, NOVIEMBRE DE 1986, CITADO 2010.
16. UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA, AVANCES EN ENFERMERÍA. BOGOTÁ: REVISTA FACULTAD DE ENFERMERÍA.
17. OPS/ OMS/ UNICEF, MINISTERIO DE SALUD DE COLOMBIA, BOGOTÁ.
18. OFELIA TOBON CORREA EL AUTOCUIDADO UNA HABILIDAD PARA VIVIR, UNIVERSIDAD DE CALDAS.
19. DELIA ESPERANZA SILS GONZÁLEZ/ MARIA DE LOURDES JORDAN JINEZ, AUTOCUIDADO, ELEMENTO ESCENCIAL DE LA PRÁCTICA DE ENFERMERÍA, DESARROLLO CIENTÍFICO DE ENFERMERÍA, 2 MARZO 2011.
20. FRANCISCO JAVIER BAEZ/ VIANET NAVA, EL SIGNIFICADO DE CUIDADO EN LA PRÁCTICA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA, 2010.
21. ANN MARRINER TOMEY- MARTHA RAILE ALLIGOOD, MODELOS Y TEORIAS DE ENFERMERIA, ELSEVIER MOSBY, SEXTA EDICION, PP 91-105
22. MARIAN CARRETERO COLOMER, ANEMIA FERROPENICA, FARMACEÚTICA, BARCELONA ESPAÑA, 2011.
23. GUIA DE PRÁCTICA CLÍNICA. VIGILANCIA Y MANEJO DEL TRABAJO DE PARTO, 2014.
24. DEPARTAMENTO DE INTEGRACION DE CIENCIAS MÉDICAS, CENTRO DE ENSEÑANZA Y CERTIFICACION DE APTITUDES MÉDICAS, UNAM
25. JOSE LUIS GRANERO PARDO, PUERPERIO, MARZO 2010.

10.2 COMPLEMENTARIA

1. www.unicef.cl/lactancia/docs/mod04/POST-PARTO.pdf
2. www.juntadeandalucia.es/salud/sites/csalud/galerias/documentos/c_3_c_1_vida_sana/embarazo_y_salud/lactancia_materna/parto.pdf
3. eadolescente8.blogspot.mx/2015/11/consecuencias-fisicas-psicologicas.html
4. definicion.de/embarazo-precoz/
5. <https://encolombia.com/medicina/revistas-medicas/enfermeria/ve-104/trabajoslibres2/>
6. www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/hombresycuidado09.pdf
7. www.scielo.org.co/pdf/aqui/v9n2/v9n2a02.pdf
8. www.index-f.com/dce/19pdf/19-067.pdf
9. teoriasdeenfermeriauns.blogspot.mx/2012/06/jean-watson.html
10. teoriasdeenfermeriauns.blogspot.com/2012/06/virginia-henderson.html
11. encolombia.com/salud/guias/desnutricion-en-el-embarazo/
12. <http://manuela-aguirre.blogspot.com/2011/08/cronologia-del-embarazo.html>
13. juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/hinmaculada/web/servicios/tcg/documentos/Protocolos/Para%20Medicos%20A.P/Puerperio.pdf
14. www.plannedparenthood.org/es/temas-de-salud/para-educadores/que-es-la-educacion-sexual

GLOSARIO

A

ABORTO: interrupción y finalización prematura del embarazo, espontánea o voluntariamente.

ABUSO SEXUAL: cualquier actividad sexual sin consentimiento de uno de ellos.

ACUFENOS: alteración del sistema nervioso que hace que una persona perciba sonido sin que exista estímulo.

ADENO: glándula

ADINAMIA: ausencia total de fuerza física

ANEMIA: ausencia de glóbulos rojos y por lo tanto de oxígeno

ANOREXIA: sin apetito y disminución del peso corporal

ANTICONCEPTIVO: cualquier método o dispositivo para prevenir el embarazo

ASEPSIA: método o procedimiento para evitar que los gérmenes infecten un área con aplicación de antisépticos.

ASTENIA: debilidad o fatiga en general

B

BIOMETRIA HEMATICA: examen de laboratorio realizado para evaluar detalladamente los componentes de la sangre.

C

CARACTERES SEXUALES SECUNDARIOS: son las características fisiológicas y anatómicas que diferencian al hombre de la mujer.

CARDIACO: relativo al corazón.

CEFALEA: dolor de cabeza intenso.

CESAREA: operación quirúrgica que consiste en extraer el feto del vientre de la madre mediante una incisión en la pared abdominal y uterina.

CISTITIS: inflamación de la vejiga

CLANDESTINO: secreto, nadie o pocos lo saben.

COAGULACION: proceso por el cual la sangre pierde su estado líquido para espesarse y convertirse en un coágulo.

COEFICIENTE INTELECTUAL: es una puntuación o resultado en algún test estandarizado para valorar la inteligencia.

COILONQUIA: o uñas en cuchara, trastorno caracterizado por aplanamiento y adelgazamiento de las uñas debido a deficiencias nutricionales.

COITO: unión íntima entre dos sexos.

CUIDADOS: ayudar, preservar, conservar, asistir

D

DEPRESION : enfermedad caracterizada por sentir una profunda tristeza, decaimiento anímico, etc.

DESHIDRATACIÓN: cuando el cuerpo no tiene los suficientes líquidos para funcionar.

DESNUTRICION: deficiencia de nutrientes asociada con la poca ingesta de vitaminas, minerales, proteínas, carbohidratos y grasas.

DIABETES: enfermedad en la que el organismo no produce insulina o no es utilizada adecuadamente.

DIAFORESIS: sudoración abundante.

DIETA: control o regulación de la cantidad y tipo de alimentos que toma una persona generalmente con un fin específico.

DOLOR OBSTETRICO: dolor agudo que aparece por la contracción de la pared uterina.

E

ECTOPICO: desplazamiento o mala ubicación de la implantación del óvulo fecundado.

EDEMA: hinchazón causada por acumulación de líquidos en el tejido extra celular.

ELOGIO: reconocimiento de méritos o cualidades de una persona.

ENCEFALOCELE: protrusión formado por la salida del encéfalo y sus membranas a través de una abertura en el cráneo.

EPIGASTRIO: región superior del abdomen que va desde la punta del esternón hasta el ombligo.

EPISIOTOMIA: incisión practicada en el periné en la mujer, para facilitar la expulsión del feto durante el trabajo de parto.

ESPONTÁNEO: que se produce sin intervención o estímulo exterior.

ESTASIS: detención o estancamiento.

F

FCF: frecuencia cardiaca fetal

FECUNDACION :proceso por el cual dos gametos se fusionan durante la reproducción, ovulo y espermatozoide.

FETO: es la evolución del embrión en cierta etapa que se ha desarrollado completamente.

FISIOLOGICO: proceso o mecanismo que naturalmente por evolución del cuerpo se da sin intervención propia de la mano del hombre.

FORCEPS: instrumento obstétrico en forma de tenazas que sirve para ayudar a extraer al feto.

G

GINECOLOGIA: ciencia de la mujer dedicada al cuidado del sistema reproductor femenino.

GMS: gramos

H

HEMOGLOBINA: pigmento rojo contenido en los hematíes.

HEMORRAGIA: perdida sanguínea que se da por la rotura de un vaso sanguíneo.

HIDRAMNIOS: exceso de líquido amniótico durante el embarazo.

HIDROCEFALIA: aumento anormal de la cantidad de líquido cefalorraquídeo en las cavidades cerebrales. Es una enfermedad congénita.

HIGIENE: limpieza o aseo para conservar la salud.

HIPERTENSION: enfermedad crónica degenerativa caracterizada por la elevación del flujo sanguíneo por las paredes arteriales.

HIPOCONDRIO: región abdominal situada a los laterales del abdomen izquierdo o derecho, bajo las costillas falsas.

HIPOMOTILIDAD: disminución de la capacidad de movimientos en este caso fetales.

HIPOVOLEMIA: disminución del volumen total sanguíneo.

HIPOXIA : disminución del flujo de oxígeno en la sangre.

HORMONAS: sustancias secretadas por células especializadas y que fluyen al torrente sanguíneo.

I

INDUCIDO: que se produce por acción de algo o alguien.

INSOMNIO: falta de sueño.

INVOLUCION: proceso mediante el cual el útero vuelve a su tamaño normal después del parto.

L

LACTANCIA: es la alimentación con leche del seno materno.

LIQUIDO AMNIOTICO: fluido que rodea al feto durante el embarazo y amortigua al embrión.

LATENTE: que existe sin manifestarse o exteriorizarse.

M

MACROSOMIA: tamaño excesivo del recién nacido, con un peso por arriba del promedio.

MADUREZ: desarrollo físico y sexual completo.

MG: miligramos

MALFORMACIONES: defecto en la anatomía del cuerpo humano, o en el funcionamiento de los órganos o sistemas del mismo.

MAMAS: región anterosuperior bilateral del tronco femenino humano.

MASTALGIA: dolor mamario. No cíclico de causa diversa, mastopatía fibroquística, quistes mamaríos, mastitis, abscesos, traumatismos, etc.

MASTITIS: obstrucción del conducto galactóforo, inflamación.

MENARCA: primera menstruación.

MENINGOCELE: protrusión de las meninges a través de un defecto óseo en el cráneo o la columna vertebral.

METABOLICO: conjunto de cambios químicos que ocurren en una célula.

MICROCEFALIA: anomalía que consiste en el desarrollo insuficiente del cráneo a menudo acompañado de atrofia cerebral.

MIGRACION: movimiento de población que consiste en dejar el lugar de residencia para establecerse en otro país o región.

MORBILIDAD: cantidad de personas que enferman en un lugar y un periodo de tiempo determinados en relación con el total de la población.

MORFOLOGICO: estudio de una estructura o sistema.

MORTALIDAD: cantidad de personas que mueren en un lugar y en un periodo de tiempo determinado.

MULTIGESTA: cuando una mujer ha tenido varios embarazos

N

NEGLIGENCIA: falta de cuidado de una persona, incumpliendo con su obligación.

NEONATO: bebé de 28 días o menos desde el día de su nacimiento.

NULÍPARA: mujer que no ha dado a luz a ningún hijo.

NUTRICION: incorporación de nutrientes al organismo.

O

OBITO: muerte de, en este caso óbito fetal de un bebé dentro del vientre materno.

OMS: organización mundial de la salud.

OSTEOMALACIA: síndrome caracterizado por un reblandecimiento de los huesos debido a la pérdida de sales calcáreas; carencia de vitamina D

OVULO: célula reproductora femenina.

OXITOCINA : hormona secretada por la hipófisis que tiene propiedad de provocar contracciones uterinas.

P

PALPACION: método exploratorio de diagnóstico examinando el cuerpo mediante el tacto.

PARTO: proceso por el cual la mujer expulsa el feto.

PATOLOGIA: estudia trastornos anatómicos y fisiológicos de los tejidos.

PERCUSION: método exploratorio de diagnóstico por el cual se examina mediante pequeños golpes con los dedos de las manos sobre una superficie corporal hueca.

PLACENTA: órgano que se forma en el útero durante el embarazo.

POST PARTO: periodo después del parto en el cual el organismo recupera la situación previa al embarazo.

PRECOZ: ante del tiempo que se considera habitual o necesario.

PREMATURO: que ha nacido antes de tiempo.

PRENATAL: es la primera de las etapas dentro del desarrollo del ser humano.

PRESERVATIVOS: dispositivos de barrera para evitar embarazos

PRIMIGESTA: mujer en su primera gestación.

PSICOSOCIAL: conducta humana y su inserción en la sociedad.

PUERPERIO: etapa después del nacimiento del feto y la expulsión de la placenta hasta 42 días después.

R

RURAL: fuera de la ciudad, comunidad con diferentes recursos naturales a los de una ciudad.

RAQUITISMO: enfermedad propia de la infancia, producida por la falta de calcio y fósforo causada por una mala alimentación, caracterizada por deformaciones de los huesos y debilidad.

S

SDG: semanas de gestación.

SEPTICO: que contiene gérmenes patógenos.

SEXUALIDAD: conjunto de características físicas y psicológicas de cada sexo.

SIGNOS: manifestaciones objetivas, clínicamente fiables y observables en la exploración médica, es decir en el examen físico del paciente.

SIMULTANEA: ocurre o se hace al mismo tiempo.

SINCOPE: pérdida pasajera del conocimiento.

SINTOMAS: elementos subjetivos, señales percibidas únicamente por el paciente.

SUBYACENTE: permanece oculto, por debajo de algo.

SUPLEMENTOS: elemento que sirve para completar, aumentar o reforzar una cosa en algún aspecto.

SURFACTANTE: es un elemento que actúa como emulsionante permitiendo reducir la tensión. Es una sustancia presente en los pulmones (alveolos), formada por fosfolípidos, su función principal es reducir la tensión superficial alveolar.

T

TAQUICARDIA: ritmo cardiaco acelerado y discontinuo.

TECNICISMOS: designas y definen un método, objeto, concepto, actividad u oficio.

TEGUMENTOS: tejido orgánico que cubre y protege el cuerpo del hombre, también llamado piel.

TABAJO DE PARTO: serie de contracciones progresivas y continuas del útero.

TRANSVAGINAL: a través de la vagina, el canal genital de la mujer, que va desde el útero hasta la vulva.

TRAUMATISMO: lesión o daño de los tejidos o de los huesos producido por algún tipo de violencia externa, golpe, etc.

U

UNIDAD TOCOQUIRURGICA: es el conjunto de espacios donde se valora, prepara, vigila y atiende a la embarazada, así como su producto. También se efectúan acciones operatorias de tipo obstétrico.

USG: ultrasonido, ultrasonografía.

UTERO: órgano muscular hueco propio del aparato reproductor femenino, localizado por delante del rectos y por detrás de la vejiga.

V

VIDA SEXUAL ACTIVA: inicio y mantenimiento de las relaciones sexuales.

VIOLACION: delito que consiste en tener relaciones sexuales con una persona sin su consentimiento.

VIOLENCIA: uso de la fuerza para conseguir un fin y dominar al alguien.

VITAL: relativo a la vida

VULNERABLE: que puede ser dañado física o moralmente.