

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGÜA - LEÓN

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA DE ENFERMERÍA



Monografía para optar al título de Licenciatura en Enfermería con mención en Materno Infantil.

Título:

Conocimiento y consejería de enfermería relacionado a riesgos obstétricos (anemia, infecciones de vías urinarias, adolescentes y añosas) en embarazadas de 15 a 45 años, Centro de Salud, Sutiava -León, III trimestre 2011.

AUTORAS:

Bra.: Luisa Mercedes Acosta Picado.

Bra.: Sandra Elizabeth Roque Vega.

Tutoras:

Lic. Leuvad Del Carmen Tercero Altamirano.

Lic. Enma Marina Vargas.

“A LA LIBERTAD POR LA UNIVERSIDAD”

AGRADECIMIENTO

A Dios:

Por ser nuestro padre y confidente y regalarnos cada maravilloso día para cumplir nuestras metas.

A nuestros padres:

Quienes siempre nos han apoyado incondicionalmente, durante nuestra formación tanto personal como profesional. ¡GRACIAS!

A nuestra querida Lic. Leuvad del Carmen Tercero Altamirano:

Por brindarnos su sabiduría, paciencia, comprensión, apoyo incondicional en nuestro trabajo y que además de ser nuestra guía fue también una amiga a la que respetamos y admiramos mucho. ¡GRACIAS!

Dedicatoria

Con todo nuestro amor a nuestros padres:

Rosa Argentina Picado Quiroz.

Cristina del Socorro Vega Ríos.

Douglas José Acosta Alvarado.

Francisco Jerónimo Roque.

Quienes han sido nuestro pilar, fortaleza, la fuente de inspiración para superarnos y seguir adelante.

Índice:

Agradecimiento

Dedicatoria

Resumen

I. Introducción -----1- 2

II. Antecedentes -----3

III. Justificación -----4

IV. Problema -----5

V. Objetivos -----6

VI. Marco Teórico -----7 - 24

VII. Diseño Metodológico -----25- 27

VIII. Discusión de resultados-----28- 30

IX. Análisis de resultados-----31-33

X. Conclusión-----34

XI. Recomendaciones-----35

XII. Bibliografía-----36

Anexos -----37

Resumen:

El presente estudio, Conocimiento y consejería de enfermería relacionado a riesgos obstétricos (anemia, infecciones de vías urinarias, adolescentes y añosas) de 15 a 45 años, Centro de Salud, Sutiava-León, III trimestre 2011.

Determinar el conocimiento, consejería de enfermería en relación a riesgos obstétricos (anemia, IVU, embarazo en adolescentes y mayor de 35 años) en embarazadas de 15 a 45 años de edad, asistentes al Programa de Control Prenatal. Centro de Salud Félix Pedro Picado. León.

El estudio es cuantitativo descriptivo de corte transversal, con muestreo probabilístico aleatorio simple, se realizó en el Centro de Salud Subtiava de la ciudad de León, se tomó el 43 % de las embarazadas con riesgos obstétricos asistentes al Control Prenatal que corresponden a 50 embarazadas. La recolección de información se realizó a través de encuesta previamente estructurada, con preguntas cerradas. El análisis de la información se realizó con programa estadístico Epi-info2007, haciendo cruce de variable para dar respuesta a los objetivos.

Se llegó a la conclusión de que la edad que predominó de las embarazadas se encuentran entre las edades de 20 a 25 años de edad, son procedentes de la zona urbana, poseen conocimiento sobre dicho tema, ya que la información brindada por el personal de enfermería en las Unidades de Salud, ha sido de gran ayuda en la prevención de riesgos en el embarazo.

Palabras claves: conocimiento, riesgos obstétricos, consejería, factores de riesgos, embarazo.

Introducción:

El embarazo y el parto son períodos sumamente cambiantes por lo que las personas que trabajamos en salud debemos de reconocer los cambios normales producidos por el embarazo, existen factores de riesgos obstétricos iguales que los de Nicaragua (anemia, IVU, amenaza de parto prematuro, placenta previa, diabetes gestacional, embarazo en adolescentes y mayores de 35 años, etc.)

El ministerio de salud viene trabajando desde el Programa de Atención Integral a la Mujer, en el desarrollo de la maternidad segura como una estrategia para mejorar la salud materna y salud perinatal del país, cuyos objetivos son: reducir el número de embarazos no deseados y de alto riesgo; reducir el número de complicaciones obstétricas y, reducir la tasa de mortalidad perinatal y neonatal.

Independientemente del nivel de resolución de los establecimientos de salud donde nos encontremos, lo más importante es saber reconocer e interpretar los signos y síntomas de alarma sobre todo en situaciones en que la vida del feto y la madre se encuentran en peligro.

La mortalidad materna constituye un grave problema de salud pública, siendo asumida como la prioridad número uno en el plan estratégico del Ministerio de salud en Nicaragua.

Ante esta situación, el Ministerio de Salud tiene gran interés en el fortalecimiento de capacidad y actualización de los recursos de salud que atienden a las mujeres durante su periodo prenatal, con el objetivo de brindar a las usuarias de los servicios de salud atención con calidad; las estrategias principales que deben implementarse para evitar los riesgos en las embarazadas y su bebe, siendo éstas las siguientes: priorizar una atención óptima a las pacientes embarazadas para garantizar en la medida de lo posible una buena evolución de la gestación, tomando las medidas adecuadas y precoces ante la presencia de las paciente con algún grado de riesgo.

Entre otras cosas, creemos que en este sentido es fundamental un buen programa de docencia, para realizar diagnósticos precoces, haciendo auténticos nuestros datos estadísticos al registrar el control de la fertilidad humana, para dar seguimiento a los riesgos reproductivos y tomando en cuenta las estrategias del MINSA estos no se conviertan en riesgos obstétricos. Aún con los métodos implementados por el Ministerio de Salud, en el Centro de Salud Sutiava, existen gestantes inscritas en programa y la mayoría con diversos factores de riesgos reales y potenciales.

Antecedentes:

La ley general del país, las políticas y el plan de salud conjunto con el Modelo de atención de salud, familiar y comunitario (MOSAF) establecen el marco legal de estas normas y protocolos. Este documento deberá contribuir a la actualización de los conocimientos, científicos y a la homogenización del manejo de las complicaciones obstétricas, con el fin de impactar radicalmente en la reducción de la mortalidad materna en nuestro país y brindar una atención digna a las mujeres en esta etapa de su vida.

Actualmente se implementan en todas las unidades de salud las diferentes estrategias promovidas por el MINSA, para salvaguardar la vida de las mujeres y su bebe. Entre ellas están:

1. La política de salud está centrada en restituir el derecho de las personas un medio sano, mediante la salud preventiva y a recibir de forma gratuita y con calidad de servicios integrales, adecuándolos a las realidades multiétnicas, culturales, religiosas y sociales del país.
2. Para la atención de sus prioridades el MINSA, promueve planes y programas en integración con otras instituciones del estado con una amplia movilización y participación del pueblo democratizando la gestión de sus políticas de salud.
3. El nuevo modelo de salud familiar y comunitario MOSAF es descentralizado y extramuros, se inserta en la persona, familia y la comunidad para enfrentar, los factores y determinantes que inciden en los procesos de salud y enfermedad.
4. Este modelo de atención está dirigido a buscar como el pueblo no se enferme y a brindar servicios d salud a la población, con cariño, calidad y calidez, restituyéndose así su derecho a la salud.

No existen estudios similares a la investigación.

Justificación

La mortalidad materna se considera un fenómeno multicausal y multifactorial, el análisis realizado para la implementación de enfoques estratégicos, ha permitido estudiar la problemática de las mujeres y de las comunidades para mejorar el acceso a las unidades de salud.

Al sufrir complicaciones obstétricas se puede presentar por primera vez durante el embarazo en mujeres perfectamente sanas o se puede predecir para un embarazo futuro en mujeres que tienen enfermedades médicas de severidad considerable se le denomina riesgo obstétrico.

A pesar de las estrategias implementadas por el MINSA continúan los embarazos con riesgos obstétricos, donde se compromete la vida de la madre y el bebé, lo que nos motivó a realizar esta investigación de conocimiento y consejería de enfermería relacionado a riesgos obstétricos (anemia, IVU, adolescentes y añosas) en las embarazadas 15 a 45 años de edad asistentes al programa de control prenatal en el centro de salud de Sutiava, con el propósito de reflejar el resultado práctico de la consejería oportuna que debe brindar el personal de enfermería en el programa de control prenatal, para que de esta manera se empoderen de información durante su embarazo y disminuyan los niveles de riesgos.

Los resultados de la investigación se dieron a conocer a la Dirección del Centro de Salud con la finalidad de que se implementen estrategias para la captación oportuna de los factores de riesgos en las gestantes y motivar a futuros profesionales a dar seguimiento a realizar investigaciones referentes a este tipo de problemática de la salud.

Problema

¿Cual es el Conocimiento y consejería de enfermería relacionado a riesgos obstétricos (anemia, infecciones de vías urinarias, adolescentes y añosas) en embarazadas de 15 a 45 años, Centro de Salud, Sutiava -León, III trimestre 2011?

OBJETIVOS:

General:

Determinar el Conocimiento y consejería de enfermería relacionado a riesgos obstétricos (anemia, infecciones de vías urinarias, adolescentes y añosas) en embarazadas de 15 a 45 años, Centro de Salud, Sutiava-León, III trimestre 2011.

Específicos:

- ❖ Caracterizar demográficamente a las embarazadas en estudio.

- ❖ Identificar el conocimiento de los riesgos obstétricos de las embarazadas en estudio.

- ❖ Describir la consejería de enfermería según riesgo obstétrico de las embarazadas en estudio.

Marco teórico:

Conceptos principales:

Embarazo: Gestación o proceso de crecimiento y desarrollo de un nuevo individuo en el seno materno, abarca desde el momento de la concepción hasta el nacimiento pasando por pos períodos embrionarios y fetales. Durante unas 37 a 41 semanas completas.

Control prenatal: Es el conjunto de acciones y procedimientos sistemáticos y periódicos, destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que puedan condicionar morbilidad materna y perinatal. Mediante el control prenatal, podemos vigilar la evolución del embarazo y preparar a la madre para el parto y la crianza de su hijo.

Factor de riesgo: Es toda circunstancia o situación que aumenta las probabilidades de una persona de contraer una enfermedad. También se conoce como característica o atributo biológico, ambiental o social que cuando está presente se asocia con un aumento de la posibilidad de sufrir un daño a la madre, el feto o ambos.

Factores de riesgo preconcepcionales: Son aquellos que a pesar de su presencia no producen daños directos, pero que de no tomar las precauciones de forma oportuna, pueden vincularse a algún daño en base a las estadísticas disponibles es decir, se conviertan en factores de riesgos reales.

Factores de riesgo real: Son aquellos que cuya presencia se asocia de forma directa al daño en base a las evidencias científicas disponibles.

Embarazo de bajo riesgo: Cuando existen factores (sociales, genéticos, biológicos, etc.) solos o asociados que pueden ser significativos en la aparición de un daño, pero que al presente, con las acciones ejecutadas, no producen alteraciones en el estado de salud de la madre, al feto o ambos y que puede ser manejados y resueltos por métodos clínicos simples.

Embarazo de alto riesgo: Cuando existen factores de riesgo (sociales, genésicos y fundamentalmente biológicos, etc.) solos o asociados y cuya presencia puede significar un mayor compromiso y alteraciones en el embarazo, del parto y puerperio, con repercusión en el estado de salud de la madre, el feto o ambos.

Consejería: Es la acción educativa de brindar información o conocimientos del campo de la teología, [psicología](#), sociología, antropología, medicina, educación y ética con la intención de asistir al ser humano en su proceso de crecimiento y despliegue integral. La integración de estas ciencias permite a los profesionales de la consejería usar un abordaje multidimensional a fin de atender las necesidades físicas, espirituales, emocionales y sociales de los consultantes.

Riesgo obstétrico: Se utilizan para clasificar los riesgos que ocurren durante el embarazo y el parto. Prácticamente son iguales a los encontrados en el periodo preconcepcional, lo importante es corregir el problema antes del embarazo; de lo contrario, el riesgo se puede incrementar. Con la aplicación del riesgo obstétrico se puede disminuir la mortalidad, pero no es fácil eliminarla totalmente, toda vez que es un instrumento de prevención secundaria.

Los Factores de riesgo potenciales. Según *Maternidad segura I y II*, (Generalmente preconcepcionales, biológicos y sociales) son aquellos factores que tiene la embarazada que durante el control prenatal no significan problemas, pero que al momento del parto se convertirán en factores activos con altas probabilidades de causar complicaciones o la muerte. Entre éstos tenemos: talla baja, menor de 1.5mts. adolescente menor de 19 años, mayor de 35 años y primigestas, gran multípara: con mas de 6 hijos, mujeres que viven en comunidades alejadas, mujer que camina grandes trayectos, antecedentes perinatales negativos (aborto, óbitos fetales, hemorragias, etc.).

Conocimientos de riesgos obstétricos: En el embarazo los riesgos obstétricos son causantes de complicaciones que pueden llevar a la muerte la vida de la madre y del

bebé, algunos de ellos son: Gestación en la adolescencia, el embarazo después de los 35 Años, infección de las vías urinarias y anemia.

Gestación en la adolescencia:

Según Maternidad segura I II, La adolescencia es un período crítico en el desarrollo de los comportamientos sexuales que pueden llevar a un embarazo no planeado o adquirir una infección de transmisión sexual, incluyendo el VIH, por las prácticas de riesgo que manejan en sus relaciones. Las adolescentes son más propensas a demorar el aborto, recurren a personas no capacitadas para hacerlo, usan métodos peligrosos y consultan tarde en caso de complicarse. También son más susceptibles de presentar complicaciones.

La probabilidad de morir debido a eventos relacionados con la reproducción, es 2 veces mayor cuando la adolescente está entre los 15 y los 19 años, pero es 6 veces mayor cuando la joven es menor de 15 años.

Efecto sobre la madre:

Según Maternidad segura I y II, El embarazo, particularmente durante la adolescencia, es un tiempo de riesgo nutricional extremo. Las adolescentes que son las más propensas a quedar en embarazo son aquellas con estado nutricional inadecuado y condiciones socioeconómicas desfavorables. Existe evidentemente una competencia por los nutrientes entre la adolescente embarazada en crecimiento y su feto. Como ellas, todavía están en período de crecimiento, es necesario que ganen más peso durante el embarazo, para lograr que su hijo tenga un mejor peso al nacer.

Debe recomendarse un incremento que corresponda al extremo más alto del rango recomendado para la embarazada adulta, siempre con base en el peso pre gestacional.

En los países en desarrollo, más del 50% de las embarazadas adolescentes sufren de anemia por deficiencia de hierro, como consecuencia del estirón de crecimiento y el inicio de las menstruaciones, ya que se incrementan los requerimientos de este mineral. El suplemento de hierro durante la adolescencia es una de las nuevas estrategias para mejorar el balance durante la gestación.

Los principales problemas maternos en las mujeres jóvenes son: trabajo pre término, enfermedad hipertensiva, anemia, diabetes gestacional, hemorragia ante parto y trabajo de parto fluido en mujeres jóvenes de algunas regiones. Las madres adolescentes tienen mayor riesgo de eclampsia, infección urinaria en el embarazo, infección puerperal y hemorragia pos parto que las madres adultas.

Efectos sobre el hijo:

Según Obstetricia de alto riesgo. El embarazo en adolescentes se asocia con un riesgo excesivo de resultados negativos. Es así, como los hijos de madres adolescentes son más susceptibles de tener bajo peso al nacer, prematuridad y morbimortalidad neonatal. Esta relación simplemente refleja las inadecuadas condiciones socioeconómicas de la mayoría de las adolescentes embarazadas. Los hijos de madres adolescentes tienen un riesgo mayor de morir en el primer año de vida. Las razones principales son: prematuridad y el sufrimiento fetal crónico. Los resultados perinatales desfavorables son mayores en el grupo de bajo estrato socioeconómico y en aquellas con inadecuado control prenatal.

Las madres adolescentes amamantan menos frecuentemente y por períodos más cortos sino cuentan con el apoyo de un equipo de salud.

El embarazo después de los 35 Años:

Según Protocolo para la atención obstétrica y pediátrica. En la actualidad muchas mujeres deciden ser madres después de los 35 años. De hecho, una de cada cinco tiene su primer hijo después de esta edad. Afortunadamente, la mayoría tiene embarazos y bebés saludables.

Sin embargo, los estudios demuestran que las mujeres de más de 35 años están expuestas a algunos riesgos especiales durante el embarazo. Por esta razón, es necesario que las mujeres conozcan estos riesgos para que puedan evaluar adecuadamente la conveniencia de un embarazo y determinar cuál es el mejor momento para quedar embarazada.

Por lo general, las mujeres comienzan a experimentar una disminución en su fertilidad a partir de los 30 años. Es frecuente que a una mujer de más de 35 años le lleve más tiempo quedar embarazada que a una mujer joven. Los hombres también pueden experimentar una disminución en su fertilidad al acercarse a los 40 años.

En algunos casos, la disminución de la fertilidad en las mujeres de más de 35 años se debe a que tienden a ovular (liberar un óvulo de los ovarios) con menor frecuencia que las mujeres más jóvenes. También interfieren con la concepción ciertos problemas de salud que son más comunes después de esta edad, como la endometriosis (que ocasiona que los tejidos se adhieran a los ovarios o a las trompas de Falopio), la obstrucción de las trompas de Falopio (en algunos casos como consecuencia de infecciones pasadas) y fibroides (crecimientos no cancerosos en el útero).

Si una mujer de más de 35 años no ha quedado embarazada después de intentar concebir durante seis meses, debe consultar a su médico. Los estudios sugieren que aproximadamente un tercio de las mujeres de entre 35 y 39 años y aproximadamente la mitad de las mujeres de más de 40 años tienen problemas de fertilidad. Muchos de estos problemas pueden tratarse de forma eficaz.

Si bien las mujeres de más de 35 años pueden tener más dificultades para quedar embarazadas, también tienen una mayor probabilidad de tener mellizos. Esta probabilidad aumenta de forma natural con la edad. Además, es más probable que las mujeres de más de 35 años deban someterse a un tratamiento de fertilidad, lo que aumenta sus probabilidades de tener mellizos, trillizos o más bebés.

Algunas de las complicaciones más comunes entre las mujeres de más de 35 años son: *Según obstetricia de SCHWARCZ.*

- **Diabetes gestacional.** Esta forma de diabetes se desarrolla por primera vez durante el embarazo. Los estudios sugieren que las mujeres de más de 35 años tienen aproximadamente el doble de probabilidades que las mujeres más jóvenes de desarrollar diabetes gestacional. Las mujeres con diabetes gestacional tienen más probabilidades de tener bebés de gran tamaño que

corren el riesgo de sufrir lesiones durante el parto y de tener problemas durante las primeras semanas de vida (como problemas respiratorios).

- **Presión arterial alta.** Al igual que con la diabetes, estas mujeres pueden desarrollar alta presión arterial por primera vez durante el embarazo. Este tipo de alta presión arterial o hipertensión suele denominarse hipertensión inducida por el embarazo o, en su forma más grave, pre eclampsia.
- **Problemas en la placenta.** El problema más frecuente es la placenta previa, por el cual la placenta cubre parte o la totalidad de la abertura uterina (cuello del útero). Un estudio comprobó que las mujeres que tienen cerca de 40 años tienen el doble de probabilidades, y las mujeres de más de 40 años casi tres veces más probabilidades, que las mujeres más jóvenes de tener esta complicación. La placenta previa puede producir hemorragias fuertes durante el parto que pueden poner en peligro la vida de la madre y del bebé. Por lo general, una intervención cesárea puede evitar complicaciones graves.
- **Nacimiento prematuro.** Las mujeres de más de 40 años tienen más probabilidades que las mujeres de entre 20 y 39 años de tener un parto prematuro (antes de cumplidas las 37 semanas de embarazo). Los bebés prematuros corren un riesgo mayor de tener problemas de salud durante las primeras semanas de vida y de padecer incapacidades permanentes.
- **Nacimiento sin vida.** El nacimiento sin vida es la muerte del feto luego de 20 semanas de embarazo. En una serie de estudios se ha comprobado que las mujeres de más de 40 años tienen de dos a tres veces más probabilidades que las mujeres de entre 20 y 30 años de tener un nacimiento sin vida. No se conocen bien las causas de estas pérdidas trágicas en las mujeres de más de 40 años.
- **Parto por cesárea:**
Las probabilidades de tener un parto por cesárea aumentan con la edad. Aparentemente, las madres de más de 40 años tienen el doble de probabilidades que las madres de menos de 20 años de tener un parto por cesárea.

Factores de riesgo reales

Según *Normas para la atención prenatal parto de bajo riesgo y puerperio*. Son los que están presentes durante el embarazo o el parto que representan un daño actual o inminente que ameritan de una referencia a un nivel de mayor resolución y requieren de la atención del parto en el hospital, entre éstos se pueden señalar: embarazo gemelar en el último trimestre, cesárea anterior en el último trimestre, infección de vías urinarias, amenaza de parto prematuro, hemorragia en el embarazo, enfermedades médicas (diabetes, tuberculosis, enfermedad mental), signos y síntomas que anuncian complicaciones en el embarazo o parto (hipertensión, cefalea, hiperreflexia, hemorragias, epigastralgia).

Infección de las Vías Urinarias:

Según *Normas de protocolos para la atención de las complicaciones obstétricas*. La define como la invasión de los riñones, uréteres, vejiga o uréter causada por microorganismos patógenos. Técnicamente se sabe que hay infección de vías urinarias cuando se hallan más de 100 mil colonias de bacterias por mililitro de orina obtenida mediante exámenes de uro cultivo.

Sin embargo, en la mayoría de las ocasiones no existe la posibilidad de realizar uro cultivo por lo cual el diagnóstico debe realizarse por la sintomatología clínica de la paciente y examen general de orina.

Los cambios anatómicos producidos por el embarazo y debido a la acción de las hormonas hacen que la presencia de este tipo de infecciones sea frecuente entre las mujeres embarazadas. Ocurre entre un 2 a un 10% de los embarazos y está asociada a partos prematuros e infecciones neonatales.

Factores de riesgo que se han asociado a las infecciones de vías urinarias son:

- ❖ Antecedentes de infecciones urinarias previas.
- ❖ Antecedente de cateterización vesical (sondas Foley).
- ❖ Antecedentes de parto prematuro.
- ❖ Síndrome hipertensivo del embarazo.

- ❖ Higiene perineal insuficiente o incorrecta.
- ❖ Anemia actual.

Diagnóstico.

El cuadro sintomático de las infecciones de vías urinarias es muy variado y puede estar enmascarado por molestias propias del embarazo (poliuria, dolor lumbar, etc.). El diagnóstico se realiza básicamente por exámenes de laboratorio ante la sospecha o por medio de la realización de exámenes durante el control del embarazo. Para la realización adecuada del diagnóstico es preciso reconocer las diversas formas clínicas en que se presentan las infecciones de vías urinarias.

Clasificación: Tres grandes categorías de infecciones de vías urinarias ocurren *Bacteriuria asintomática. *Infección urinaria baja (cistitis). *Infección urinaria alta (Pielonefritis).

Bacteriuria asintomática. Como su nombre lo indica no representa síntomas. Su diagnóstico es por hallazgo de bacterias en el examen de orina rutinario, que se realiza en el primer control de embarazo. En el examen general de orina se pueden aumentar los leucocitos por más de 10 x campo, presencia de nitritos.

Infección urinaria baja (cistitis). Se caracteriza por polaquiuria (micciones frecuentes o escasas), disuria (dolor o ardor al miccionar), urgencia miccional (necesidad imperiosa de miccionar), tenesmo vesical (deseo de volver a miccionar al terminar de hacerlo); en ocasiones hematuria (presencia de sangre en la orina). En el examen general de orina se presenta leucocituria mayor de 10 y nitritos positivos.

Infección urinaria alta (Pielonefritis). Como su nombre sugiere afecta el parénquima renal y las estructuras altas del sistema urinario. Se caracteriza por presentar compromiso del estado general, fiebre, escalofríos, náuseas y en ocasiones vómitos, dolor en fosas renales y puño percusión positiva (dolor al realizar un golpe suave con el puño en la espalda, en el espacio localizado por debajo de las costillas).

Puede presentar o no: Polaquiuria, (micciones frecuentes o escasas), disuria (dolor o ardor al miccionar), urgencia miccional (necesidad imperiosa de miccionar), tenesmo vesical (deseo de volver a miccionar al terminar de hacerlo); hematuria (presencia de sangre en la orina).

Manejo de Bacteriuria asintomática:

- ✓ Explicarle a la usuaria sobre su cuadro clínico, los factores de riesgos en el embarazo y la importancia de cumplir el tratamiento.
- ✓ Reposo según el cuadro clínico.
- ✓ Ingesta de líquido forzado (3 a 4 litros por día).
- ✓ Explique que debe acudir a la unidad de salud si los síntomas persisten por más de 3 ó 4 días.
- ✓ Evalúe presencia de dinámica uterina, en caso de trabajo de parto inicie tratamiento uterino inhibidor y maduración pulmonar según esquema de protocolo de atención al parto pretérmino.

Inicie antibióticoterapia:

- ✓ Nitrofurantoina 100mg por vía oral cada 12 horas por 10 días.
- ✓ Cefalexina 500 mg, cada 6 horas por 7 días por vía oral.
- ✓ Agregar analgésicos: Acetaminofén 500 mg cada 6 horas por vía oral.

Una semana después de finalizado el tratamiento debe realizarse un examen de orina con cinta cualitativas buscando nitritos. Si existen síntomas sugestivos de infección de vías urinarias es necesario hacer urocultivo y antibiograma.

Si el urocultivo sigue siendo positivo repita el tratamiento por 10 días más y administre:

- ✓ Nitrofurantoina y vitamina C 500mg al día por 10 días y luego continuar con terapia supresiva: Nitrofurantoina 50 mg por día hasta completar los 30 días o hasta el final del parto según el cuadro clínico y tolerancia del paciente.
- ✓ Urocultivo según norma.
- ✓ Repita el urocultivo al terminar el tratamiento dos semanas después.

Cistitis:

- ❖ Amoxicilina 500 mg cada 8 horas durante 7 ó 10 días o bien administrar ampicilina 250 mg vía oral cada 6 horas.
- ❖ Cefalexina 500 mg cada 6 horas por 10 días, vía oral.
- ❖ Nitrofurantoina 100 mg cada 12 horas por vía oral. Como profilaxis posteriores administre 100 mg por día.

- ❖ Si el tratamiento fracasa verifique el urocultivo y la sensibilidad y trate con el antibiótico apropiado.
- ❖ Para la profilaxis administre antibiótico oral una vez al día.

Pielonefritis:

1. Explique a la usuaria el cuadro, los riesgos para el embarazo y la importancia de cumplir las indicaciones.
2. Control de signos vitales.
3. Hidrate si es necesario, ingesta de líquidos forzados (3 a 4 litros al día) o administre soluciones cristaloides (suero fisiológico, Ringer, etc.).
4. Baje fiebre y utilice antipiréticos (Acetaminofén 500 mg por vía oral cada 6 horas).
5. Evalúe presencia de dinámica uterina, en caso de trabajo de parto inicie tratamiento uterino inhibitor y maduración de pulmones según esquema de protocolo de atención al parto pretérmino (se recomienda elaborar protocolo).
6. Antes de iniciar el tratamiento realice toma de muestra de orina para examen general de orina, urocultivo y antibiograma.
7. Realice hemocultivo.

Inicie antibiótico terapia:

- ✓ Ampicilina 1-2 gm IV cada seis horas, por 20 días y gentamicina 3 mg/kg de peso (160 mg) IV cada 24 horas por 7 días.

Complicaciones de las vías urinarias: Parto prematuro, infección de vías urinarias después del parto, síndrome séptico, necrosis tubular y glomerular, insuficiencia renal, uremia, amenaza de aborto y aborto, sepsis perinatal, muerte perinatal y neonatal.

Anemia:

Según Obstetricia y ginecología. Es la disminución de la concentración de hemoglobina en sangre por debajo del límite normal para la edad, sexo y estado fisiológico. Su presencia en el embarazo se asocia con un aumento del riesgo de mortalidad materna, de parto pretérmino y de bajo peso al nacer.

Anemia en el embarazo:

Cuando hay muy poca hemoglobina, los tejidos funcionan muy pobremente, lo que es especialmente importante cuando ésta llega a los músculos y al cerebro. Adecuados niveles de hemoglobina son particularmente necesarios durante el embarazo para que el feto pueda desarrollarse apropiadamente, de lo contrario, el infante recién nacido tendrá bajo peso al nacer y se convertirá fácilmente en desnutrido.

Las mujeres anémicas tienen de 5 a 10 veces más probabilidades de morir durante el parto que las que no lo son. A los infantes pequeños, incluso la anemia más leve puede producirles daños permanentes del desarrollo cerebral y de la capacidad de aprendizaje.

Manifestaciones clínicas de la anemia en el embarazo:

1. Palidez de la piel que se ve con la simple observación de palmas de mano y uñas. Muchas personas se refieren a blancura o que están sin color.
2. Palidez de las mucosas que se ve principalmente en parte interna del párpado inferior de los ojos y boca. Algunas personas dicen que están blancos y amarillos los ojos.
3. Adinamia.
4. Dolor de cabeza.
5. Mareos.
6. Sueño.
7. Desmayo o pérdida del conocimiento.
8. Taticardía, palpitaciones y miedo.

Influencia de la anemia sobre el embarazo: Dependerá del grado y tipo de anemia, se considera como embarazo de alto riesgo aquel en que las concentraciones de hemoglobina son inferiores a 11 g y el hematocrito se halla por debajo del 32%, pues esta favorecida la hipoxia fetal.

Suele haber retardo del crecimiento y parto prematuro. las concentraciones de hemoglobina menor de 6 gr llevan al doble las cifras de mortalidad perinatal. Hay un aumento de la incidencia de preeclampsia e infecciones urinarias y el riesgo de infección puerperal 3 veces mayor. la placentación es anormal sobre todo en las

deficiencias de folatos, lo cual entraña la evaluación del índice de desprendimiento placentario.

Por otro lado las anemias graves repercuten desfavorablemente en las afecciones cardiacas y en las insuficiencias pulmonares e incrementan su incidencia negativa sobre la gestación. Básicamente las anemias se caracterizan por la carencia de hierro, ácido fólico, de vitamina B12 pueden también estar disminuido dos o tres factores, lo que constituye las denominadas anemias mixtas.

Diagnóstico: La anemia es el resultado de una o más combinaciones de dos mecanismos básicos:

1. Pérdida de sangre
2. Disminución de la producción de glóbulos rojos
3. Aumento de destrucción de hematíes (hemólisis)
4. Aumento del volumen plasmático.

Tratamiento:

1. Mejorar la función gastrointestinal de hierro: se logra al incluir en la comida una fruta como limón, naranja, mango, guayaba, mamey, papaya o verduras como tomate, cebolla, chiltoma, pimiento crudo o zanahoria.
2. Suplementación con hierro: para prevenir la anemia es necesario tomar sulfato ferroso o gluconato ferroso. La embarazada debe tomar (400 mg /dl) dos pastillas de sulfato ferroso cada día durante tres meses.
3. Después debe continuar tomando una pastilla cada día hasta terminar el embarazo y durante los 40 días pos parto, preferiblemente con una bebida que contenga vitamina c como limonada o naranja, preferiblemente después de las comidas o acostarse. Nunca tomarlas con café, te o leche porque disminuye la absorción de hierro por el organismo, no tomar hierro con las comidas debido a que el alimento y los anti ácidos pueden disminuir la absorción.

El hierro que se obtiene de la dieta puede ser de dos tipos: hierro hémico o inorgánico, que es el que se encuentra en la mayoría de los alimentos. El hierro hémico que proviene de una parte de la hemoglobina y se encuentra en carne y en

derivados sanguíneos. La forma no hemínica es la que tiene más dificultades para absorberse, las mejores fuentes dietéticas de hierro hemínico dietéticas las podemos encontrar en el hígado, riñón, corazón y las carnes rojas. Buenas fuentes de hierro no hemínico son los frijoles y los vegetales, la yema de huevo, las frutas secas, las melazas oscuras, los granos enteros, el pan enriquecido, los vinos y los cereales.

Efectos secundarios: Heces con cambio de color (negro). Molestias en estómago como, ardor, diarrea, estreñimiento, las cuales desaparecen poco después.

Consejería:

Contenidos educativos de control:

Según Obstetricia de SCHWARCZ Las modificaciones fisiográvidicas en las embarazadas exigen prescribir algunas reglas específicas de higiene:

El vestido de la embarazada debe ser holgado, los corpiños no ajusten los senos, el uso de las fajas es innecesario, salvo en las multigrávidas o las portadoras de vientre péndulos, las ligas, al comprimir las venas, facilitan la producción de varices.

Es preferible el uso de calzado de tacos bajos o medianos, puesto que los altos, al proyectar hacia delante el centro de la gravedad del cuerpo, producen desequilibrio y frecuentes caídas.

El trabajo habitual puede continuarse si no es excesivo o no presenta contingencia inadecuada como agentes tóxicos e insalubres.

La gimnasia es practicable bajo ciertos principios y condiciones, ya que sirve como método preparatorio físico del parto, el objeto de esta y sus ventajas consisten en: 1. conseguir un mayor desarrollo de los músculos que intervendrán en el parto y en la evolución del puerperio, y 2. Aumentar su elasticidad mediante la práctica de relajación. No se señalan inconvenientes para este tipo de gimnasia si se realiza metódicamente, bajo una dirección experta.

Como técnica se prescribe la ejecución suave, al aire libre, con los caracteres de la gimnasia rítmica, activa y pasiva y la severa práctica de la relación muscular. Se atenderá especialmente el cuidado de determinados grupos musculares: 1. Del

abdomen, a fin de prepararles como futuros elementos principales del periodo expulsivo, 2. Del periné, para evitar resistencia y prevenir los desgarros, y 3. De los miembros inferiores, para prevenir la estasis venosa y sus consecuencias.

Los baños deben prescribirse a diario como elemento básico de la higiene cutánea.

Los pechos deberán ser estrictamente cuidados y preparados para la futura lactancia, los cuidados consistirán en preservarlos del frío y de la presión, en aliviar su peso con el uso de corpiños adecuados y en lavar minuciosamente los pezones limpiándolos de la secreción calostrada desecada en los orificios de los conductos que impiden su drenaje.

Factores de riesgo potenciales

Adolescentes:

Para mejorar sus probabilidades de tener un bebé sano se recomienda a las adolescentes que ya están embarazadas:

Según Obstetricia y ginecología

- Recurrir a un profesional de la salud o una clínica para recibir atención prenatal a comienzos de la gestación y de forma regular durante todo el embarazo.
- Llevar una dieta nutritiva y equilibrada.

- Dejar de fumar y evitar el humo proveniente de otros fumadores. Fumar aumenta el riesgo de bajo peso al nacer, nacimiento prematuro, complicaciones durante el embarazo y síndrome de muerte súbita del bebé.
- Dejar de beber alcohol y de consumir todo tipo de drogas ilícitas. El consumo de alcohol y drogas limita el crecimiento del feto y puede causar defectos congénitos.
- Evitar todo tipo de medicamentos de venta libre o bajo receta (incluyendo los medicamentos a base de hierbas), a menos que sean indicados por un profesional de la salud que esté al tanto del embarazo.

-

Mayor de 35 años:

Según Obstetricia de SCHWARCZ

En la actualidad, la mayoría de las mujeres de más de 35 años puede suponer que tendrá un embarazo saludable.

Las mujeres de todas las edades pueden mejorar sus probabilidades de tener un embarazo saludable siguiendo estos consejos:

- Realizarse un examen con su médico antes del embarazo.
- Obtener atención prenatal con regularidad desde el comienzo del embarazo.
- Tome un complejo multivitamínico que contenga 400 microgramos de ácido fólico diariamente, desde antes de concebir y durante los primeros meses del embarazo, para prevenir los defectos del tubo neural.
- Comenzar el embarazo con un peso saludable (ni muy alto, ni muy bajo). No beber alcohol. No fumar y evitar la exposición al humo del cigarrillo de otras personas.
- No consumir ninguna droga o medicamento, ni siquiera los de venta libre o a base de hierbas, a menos que le hayan sido indicados por un profesional que sabe de su embarazo.
- Comer alimentos nutritivos, incluyendo alimentos que contengan ácido fólico y folato, la forma de ácido fólico que se encuentra naturalmente presente en alimentos como cereales enriquecidos para el desayuno, otros productos a base de cereales enriquecidos, legumbres, verduras de hojas verdes y jugo de naranja.
- No consumir carne poco cocida ni cambiar la arena higiénica del gato. Ambas son posibles fuentes de toxoplasmosis, una infección que puede causar defectos congénitos.

- No comer pescados que pueden tener un alto contenido de mercurio, como tiburón, pez espada, caballa y blanquillo o pez azulejo. Limitar el consumo de atún a seis onzas o menos por semana.
- Someterse a una prueba para saber si son inmunes a la rubéola y a la varicela antes de quedar embarazadas y considerar la vacunación contra estas enfermedades si no son inmunes. Luego de ser vacunada, la mujer deberá esperar un mes antes de quedar embarazada.

Factores de riesgo reales

Infección de vías urinarias:

Según Normas para la atención prenatal parto de bajo riesgo y puerperio y Según Obstetricia y ginecología

Varios grupos de expertos sugieren que aquellas personas que sufren infecciones a repetición (en especial las mujeres) deben seguir algunas recomendaciones útiles para prevenir la aparición de la enfermedad:

- Orinar cada vez que sienta la necesidad, no retener la orina por largos períodos de tiempo.
- Tomar grandes volúmenes de líquidos al día, especialmente jugos de mora o frutas parecidas (las inhiben el crecimiento de las bacterias), además de jugos de naranja, mandarina, limón (con vitamina C) que hacen que la orina se vuelva más ácida y prevenga el crecimiento de bacterias. En las mujeres limpiar la zona genital siempre de adelante hacia atrás, para de esta manera prevenir el transporte de bacterias de la región anal hacia la vagina y uretra.
- En las mujeres que sufren de infecciones urinarias después de las relaciones sexuales, deben limpiar el área genital antes de éstas. Evitar el empleo de aditamentos utilizados para higiene femenina (duchas vaginales), los cuales pueden producir irritación en la vagina.

Anemia: *Según Obstetricia y ginecología.* Recomendarle que se alimente con variedad de alimentos nutritivos disponibles en su casa en cantidades suficientes y tome suficiente líquido para mantenerse sana y fuerte.

Explicarle sobre la importancia de tomar sulfato ferroso, que ayuda a producir los glóbulos rojos que suministran oxígeno al bebé, y también evita la fatiga. Las fuentes de obtención más importantes: las carnes rojas magra, espinaca, panes y cereales de harina integral, junto al ácido fólico, ya que es un tipo de vitamina esencial para el desarrollo del bebé, particularmente durante los primeros meses de gestación.

La insuficiencia de ácido fólico en la dieta de las gestantes aumenta el riesgo de problemas genéticos, tales como los defectos del tubo neural, que afectan a la espina dorsal y al cráneo. El ácido fólico también sirve para producir la sangre adicional que el cuerpo necesita durante el embarazo. A fin de ayudar a prevenir los defectos del tubo neural, se deben ingerir 0.4 mg diarios de ácido fólico antes del embarazo y durante el mismo. Las mujeres que tienen un niño con un defecto de la espina dorsal o del cráneo tienen mayores probabilidades de que les nazca otro niño con este problema, por lo que necesitan dosis más altas de ácido fólico – 4 mg diarios. Éste deberá empezar a tomarse un mes antes y durante los primeros meses del embarazo. Las mujeres que necesitan 4 mg de ácido fólico deben tomarlo solo, y no como parte de un preparado multivitamínico.

Para obtener suficiente ácido fólico de suplementos vitamínicos, una mujer estaría también tomando una sobredosis de otras vitaminas. Estas directrices, junto con las vitaminas prenatales que se prescriben, proporcionarían todos los nutrientes que un bebé sano necesita y pueden ayudar a prevenir la prematurez y el bajo peso al nacer. En la madre, la buena nutrición ayuda a prevenir la anemia, las infecciones, las dificultades del trabajo de parto y la mala cicatrización de los tejidos post parto. La buena nutrición durante el embarazo depende de consumir una variedad de alimentos complementarios, como los granos integrales, los vegetales y las frutas. Es importante que las mujeres embarazadas tomen abundante líquido y consuman en particular una buena cantidad de ciertos elementos nutricionales importantes. Se recomienda que las mujeres que desean quedar embarazadas tomen suplemento vitamínico pre natal que

contenga ácido fólico y otras vitaminas y minerales esenciales. Las mujeres embarazadas también deben consumir alimentos ricos en proteínas, calcio, hierro y ácido fólico.

Dar consejería sobre higiene, auto cuidado, autoestima y enseñarle a reconocer los signos de peligro o de alarma en el embarazo, puerperio y en el recién nacido. Fortalecer en la madre y la familia la capacidad para hacer búsqueda oportuna de la atención.

Según intervenciones basadas en evidencia del MINSA. A la vez tratar de cumplir las mismas indicaciones ya señaladas para el periodo preconcepcional, continuando el ácido fólico solo, con multivitaminas o con múltiples micronutrientes durante el primer trimestre del embarazo y todo el embarazo hasta los 3 meses posnatal o mientras dure la lactancia materna. Dosis administrar: Ácido fólico 0.4 – 1.0 mg, más multivitaminas VO diario 3 meses antes durante del embarazo hasta 3 meses postparto o mientras durante la lactancia materna. En las mujeres con alto riesgo. Dosis a administrar ácido fólico 4 – 5 mg al día, multivitaminas VO al menos 3 meses antes del embarazo y hasta 3 meses después del embarazo.

Diseño metodológico:

Tipo de estudio: Cuantitativo, descriptivo de corte transversal.

Área de estudio: Centro de Salud Félix Pedro Picado, ubicado en la parte oeste de la ciudad de León, está dividido en 7 sectores y sus límites son: Al norte con la casa cural de la comunidad indígena de Sutiava, al sur con la iglesia San Juan Bautista de Sutiava, al oeste con el asilo de ancianos, y al este con los billares Lacayo.

Unidad de análisis:

Embarazadas con riesgos obstétricos asistentes al Programa de Control Prenatal (CPN). Centro de salud Sutiava - León.

Universo y muestra:

El universo correspondió a 116 embarazadas asistentes al programa de control prenatal con riesgos obstétricos.

Muestra: Fue el 43 % de la población en estudio, correspondiente a 50 embarazadas con riesgos obstétricos.

Muestreo: Fue probabilístico aleatorio simple.

Se introdujo el número de expedientes de las embarazadas con riesgos obstétricos (anemia, IVU, gestación en adolescentes y mayor de 35 años) y se eligió al azar hasta completar el número de la muestra.

Fuentes de información:

Primaria: Embarazadas con riesgos obstétricos.

Secundaria: Mediante los expedientes, tarjetero de las embarazadas, libros, revistas, internet.

Criterios de inclusión:

Las inscritas en el Programa de Control Prenatal.

Las que tienen tarjeta activa.

Mujeres, adolescentes, adultas, que tengan anemia, IVU.

Variables en estudio:

Dependiente: Riesgos obstétricos

Independiente: Conocimiento de los riesgos obstétricos.

Consejería de enfermería de los riesgos obstétricos.

Técnica e instrumentos de recolección de datos:

El instrumento fue un formulario con preguntas estructuradas dicotómicas y politómicas dirigidas a las embarazadas con Riesgos obstétricos inscritas en el Programa de Control Prenatal.

Se visitó a las embarazadas seleccionadas y se les realizó una encuesta con preguntas cerradas, comprensibles y previo consentimiento informado para proceder a contestarlas.

Prueba piloto:

Con el fin de validar el instrumento. Se realizó una prueba piloto a 3 embarazadas del centro de salud Perla María Norori que presenten las mismas características de estudio.

Métodos para la recolección de la información:

La información se obtuvo visitando a las personas seleccionadas, en sus respectivas direcciones, proporcionadas por estadísticas del centro de salud y algunas durante las citas programadas.

Procesamiento y análisis de información:

Se introdujo los datos de la encuesta en el programa estadístico Epi-info2007 en el cual se analizaron los datos por cada variable de estudio. Se utilizaron Microsoft Excel para elaborar cuadros, y para procesar textos se utilizaron Microsoft Word.

Aspectos éticos:

Autonomía: A las embarazadas encuestadas se le respetó su decisión de participar o no en el estudio.

Confidencialidad y anonimato: Se ofreció a la mujer la seguridad en el uso y manejo confidencial de los datos garantizándoles que serán utilizados únicamente en el estudio, dentro de la entrevista no se les pregunta el nombre respetando su identidad.

Consentimiento informado: Antes de iniciar se le solicitó permiso al responsable del Centro de Salud para la aplicación del instrumento. Se les explicó a las embarazadas el objetivo de la encuesta, con previo consentimiento informado.

Discusión de resultados:

El número de hijos de las embarazadas en relación a la religión, de 50 embarazadas que equivalen a un 100%, 10 (20%) no tienen hijos, donde 3 (6%) son católicas, 7 (14%) evangélicas, 9(18%) de las encuestadas tienen un hijo, donde 3(6%) son católicas,6(12%) evangélicas, sin embargo 12(24%) tienen dos hijos, donde 3 (6%) son católicas, 2(4%) son evangélicas y 7(14%) son testigo de Jehová, 19(38%) tienen 3 o más hijos y pertenecen a la religión católica. Tabla #1

Conocimientos de factores de riesgos obstétricos:

Ocupación de las embarazadas en relación a qué es un riesgo obstétrico, de 50 embarazadas que equivalen a un 100%, 34(68%) son amas de casa, 3(6%) domésticas, 7(14%) estudia, 4(8%) son obreras y 2(4%) de otra ocupación, sin embargo, todas respondieron saber qué es un riesgo obstétrico. Tabla # 2

La procedencia en relación a los riesgos del embarazo a temprana edad, de 50 embarazadas que equivalen a un 100%, 17(34%) pertenecen a la zona rural y 33(66%) son de la zona urbana. Tabla # 3

Edad relacionada a los síntomas que presentan las embarazadas con infección de las vías urinarias, de 50 mujeres que equivalen a un 100%, 9(18%) se encuentran entre las edades de 15 -19 años, 20(40%) de 20- 25 años, 11(22%) de 26 - 34 años y 10(20%) de 35 a 45 años, conocen los síntomas que presentan las embarazadas con infección de vías urinarias. Tabla # 4

Escolaridad de las embarazadas en relación al tratamiento a base de hierro + ácido fólico, de 50 embarazadas que equivalen a un 100 %, 13(26%) realizaron la primaria, 28(56%) secundaria, 5(10%) universidad y 4(8%) realizaron otros estudios, sin embargo todas conocen para que sirve el hierro + ácido fólico. Tabla # 5

Consejería de enfermería:

Edad relacionada a consejería, de 50 embarazadas que equivalen al 100%, 9(18%) se encuentra entre las edades de 15 -19 años, 20(40%) de 20 - 25 años, 11 (22%) de 26 a 34 años y 10 (20%) de 35 a 45 años, donde todas las encuestadas respondieron saber la consejería que se da a la embarazada en los Controles prenatales. Tabla # 6

Procedencia relacionada a medidas importantes en una embarazada mayor de 35 años de edad, de 50 embarazadas que equivalen al 100%, 17(34%) pertenecen a la zona rural donde 9(18%) respondieron realizarse un examen completo antes de embarazarse, 3(6%) asistir a los controles con regularidad desde el comienzo del embarazo, 1 (2%) respondió tener un embarazo con un peso saludable y 4(8%) tener un complejo vitamínico antes, durante y después del embarazo, sin embargo 33(66%) de las encuestadas pertenecen a la zona urbana, donde el 18 % respondieron realizarse un examen completo antes de embarazarse, otras 9(18%) asistir a los controles prenatales con regularidad desde el comienzo del embarazo, 5 (10%) comer alimentos nutritivos, 7(14%) tener un embarazo con un peso saludable y el 3(6%) tener un complejo vitamínico antes, durante y después del embarazo. Tabla # 7

Religión relacionada a la consejería en la prevención de las infección de las vías urinarias durante el embarazo, de 50 embarazadas que equivalen al 100%, 28(56%) son católicas, donde 7(14%) respondieron no ignorar los deseos de miccionar, 17(34%) beber 3 litros de agua al día, 4 (8%) mantener genitales limpios, 15(30%) son evangélicas, donde 5(10%) respondieron, no ignorar las ganas de miccionar, 7(14%) beber tres litros de agua al día y 3(6%) mantener limpios los genitales, sin embargo 7(14%) son testigo de Jehová donde 3(6%) respondieron no ignorar las ganas de miccionar y 4(8%) beber 3 litros de agua al día. Tabla # 8

Empoderamiento de la consejería relacionada a la prevención de los riesgos en el embarazo, de 50 embarazadas que equivalen al 100%, las encuestadas en su totalidad

respondieron que es importante la consejería brindada en los controles prenatales para prevenir los riesgos en la embarazada. Tabla # 9

Discusión de resultado:

En cuanto a la variable datos demográficos, encontramos que la mayoría de las embarazadas están entre las edades de 20 a 25 años de edad, una minoría entre otros grupos etáreos, un alto % tienen de 3 a más hijos y un grupo menor no tienen hijos, en su mayoría tienen escolaridad secundaria y un bajo % son técnicos, un alto número de embarazadas proceden del área urbana y el resto del área rural, cabe destacar que la mayor parte de las encuestadas son de religión católica, muy pocas profesan otras religiones y un alto % son amas de casa y un mínimo son obreras. Se analiza que en base a los resultados, las mujeres en estado gestacional que están integradas en el programa de control prenatal están atendiendo las orientaciones brindada por el personal de enfermería a pesar de tener bajos niveles escolares.

En relación a los **conocimientos sobre los riesgos obstétricos**, la mayoría de las embarazadas identifican cada uno de éstos, entre ellos cuando se presentan IVUS, la edad y las consecuencias que genera la falta del tratamiento a base de hierro más ácido fólico, esto deduce que los programas implementados por el MINSA destinados a garantizar la salud de la madre y el feto están siendo eficaces, tanto en la zona urbana como en la rural, lográndose la sensibilización de un alto % de estas mujeres en cuanto a que un factor de riesgo es una característica o atributo biológico, ambiental o social, que cuando está presente se asocia con un aumento de la posibilidad de sufrir un daño a la madre, el feto o ambos. *Según Obstetricia y Ginecología de J. Botero* refiere que el esfuerzo físico es un factor de riesgo. Además riesgos obstétricos se utilizan para clasificar los riesgos que ocurren durante el embarazo y el parto. Prácticamente son iguales a los encontrados en el periodo preconcepcional, lo importante es corregir el problema antes del embarazo; de lo contrario, el riesgo se puede incrementar. Se considera que las embarazadas tienen conocimiento de que es un riesgo obstétrico, clasificando así los factores de riesgos en el embarazo. *Según Normas de protocolos para la atención de las complicaciones obstétricas*, los cambios anatómicos producidos por el embarazo y debido a la acción de las hormonas hacen que la presencia de este tipo de infecciones sea más frecuente en el embarazo con una sintomatología muy variada que puede estar enmascarado por molestias del embarazo. Los signos y

síntomas de las infecciones de vías urinarias durante el embarazo se agudizan por las características propias del estado gravídico de cada mujer. *Según las intervenciones basadas en evidencia* durante el embarazo se necesita el tratamiento de hierro + ácido fólico para la prevención de la anemia y los defectos del tubo neural, más los abortos espontáneos. En todo el periodo del embarazo se debe suplementar con hierro + ácido fólico para reducir las complicaciones o deformidades que se pueden presentar en el embarazo. *Según Obstetricia y Ginecología de J. Botero Y Maternidad segura I y II*, caminar grandes trayectos a pie es un factor de riesgo. Además el periodo de la adolescencia es más propenso a que tenga otros factores de riesgo, ocasionando riesgos tanto para el bebé como para la madre debido a la falta de desarrollo físico y nutricional. Se considera que las mujeres tanto de la zona rural y urbana tienen información básica sobre los riesgos que implica un embarazo en la adolescencia, de esta forma los programas implementados por el MINSA están siendo eficaces en todas las comunidades.

En relación a la **consejería de enfermería** se demuestra que el mayor % de mujeres integradas en el programa se encuentran entre las edades de 20 a 25 años de edad y el menor % entre 15 y 19 años, señalando que dentro del grupo de encuestadas, la mayoría no tienen estado civil estable, sin embargo tienen conocimiento sobre la consejería brindada en el programa de control prenatal, en el cual reciben información oportuna de acuerdo a las necesidades que se presentan durante el embarazo, resultado de estas charlas de orientación efectiva en todos los sectores sociales, económicos y culturales del país. *Según obstetricia de SCHWARRCZ* la consejería es la acción educativa de brindar información que integra conocimientos multidimensionales a fin de atender las necesidades de cada persona. La consejería es una acción educativa brindada a las gestantes en cada control prenatal de forma individualizada. *Según Normas para la atención prenatal*, los controles prenatales son la forma periódica, precoz, de amplia cobertura para comunicar las complicaciones en el embarazo, con objetivo o principio es disminuir los daños en el bebé y la madre. El estado civil de las embarazadas es indispensable para lograr un embarazo con menores riesgos; los controles prenatales se garantizan la salud adecuada de los bebés y de ellas mismas, durante el transcurso del embarazo. *Según obstetricia de*

SCHWARRCZ, la técnica más eficaz de prevenir las complicaciones en el embarazo es la charla educativa que se le brindan a cada persona de forma individualizada. La información oportuna brindada en los controles prenatales, periódicos, continuos y completos de amplia cobertura previene riesgos prenatales

Conclusiones:

- ❖ El grupo etáreo en estudio se encuentra entre las edades de 20 a 25 años, unión libre, tienen 3 ó más hijos, procedentes de la zona urbana, cursaron la Secundaria, profesan la religión Católica y son amas de casa.
- ❖ En relación al conocimiento que tienen las embarazadas de los factores de Riesgo Obstétricos, encontramos que la mayoría de ellas poseen información básica sobre anemia, infecciones de vías urinarias, embarazo en adolescentes y en mujeres afeadas, sin embargo algunas mujeres encuestadas tienen muy poca información, lo que se debe al desinterés por parte de ellas en cuanto al cuidado de su embarazo y no a la falta de Consejería brindada por el personal de enfermería, ya que éste identifica los factores de riesgo en su embarazo, proporcionándoles información y orientación individualizada necesaria en las citas de control prenatal, reduciendo así las muertes materno-perinatales y logrando acciones que les garanticen un embarazo saludable.

Recomendaciones:

Al Director del Centro de salud Sutiava:

- 1- Que continúe implementando capacitaciones sistemáticas para el personal de enfermería para que de esta manera brinden una atención de calidad y calidez a las usuarias que asisten al centro.
- 2- Que al identificar los factores de riesgo en las embarazadas se les de seguimiento periódico, continuo e individualizado a cada una de ellas, con apoyo de los líderes comunitarios y así prevenir la mortalidad del binomio madre-hijo.
- 3- Promover al personal de enfermería a brindar charlas educativas de manera continua a las embarazadas asistentes al control prenatal, para que estas mujeres se empoderen de conocimientos básicos y los lleven a la práctica, garantizándoles un embarazo saludable, sin complicaciones o con bajo riesgo.

A las embarazadas:

1. Asistir a su Control Prenatal periódicamente en el transcurso del embarazo.
2. Empoderarse de conocimientos básicos para identificar los signos y síntomas de peligro en su estado gestacional.
3. Practicar el auto cuidado siguiendo las orientaciones proporcionadas por el personal de enfermería en los controles prenatales, reduciendo así la tasa de mortalidad materno-perinatal.

Bibliografía

- ❖ Alvarado José Antonio. Protocolo para la atención obstétrica y pediátrica, dirigido al personal de salud, Ministerio de Salud. Diciembre del 2003.
- ❖ Botero U Jaime. Obstetricia y ginecología, 7 edición, copyright 2004.

- ❖ Gonzales Guillermo. Intervenciones básicas en evidencia para reducir la mortalidad neonatal. Ministerio de salud. 2da edición, Managua, diciembre 2009.

- ❖ Ministerio de salud dirección general de servicios de salud. Normas y protocolos para la atención prenatal, parto, recién nacido/a, puerperio y puerperio de bajo riesgo. Managua, agosto 2008.

- ❖ MINSA. Normas de protocolos para la atención de las complicaciones obstétricas. 2ed. Managua, mayo 2007.

- ❖ MINSA /PROSALUD. Maternidad segura I y II, material de participación. Nicaragua, dirección de servicios de salud. Managua, 2002.
- ❖ Ministerio de salud. Normas para la atención prenatal parto de bajo riesgo y puerperio. República de Nicaragua 1996.

- ❖ Cifuentes Rodrigo. Obstetricia de alto riesgo. Sexta edición, 2006.

- ❖ SCHWARCZ- SALA- DUVERGES. Obstetricia. 6ta edición. Buenos Aires, El Ateneo, 2005.

- ❖ Factores de riesgos obstétricos disponible en www.google.com / fecha de consulta 22 de agosto.

ANEXOS

CONSENTIMIENTO INFORMADO

A través de este documento, yo como adulta inscrita en el programa de Control Prenatal del Centro de Salud Sutiavade la ciudad de León, autorizo a las estudiantes de enfermería con énfasis en materno infantil del V año de la UNAN León, para que me realicen una encuesta acerca del conocimiento y consejería de enfermería en relación a los riesgos obstétricos en embarazadas de 15 a 45 años de edad.

Se me han explicado los objetivos del trabajo de los cuales estoy clara y conforme con las condiciones que me han orientado: si en algún momento deseo interrumpir la entrevista, lo podré hacer libremente y esto no me perjudicaría en ningún sentido. Se garantiza el anonimato de su identidad.

A si mismo, autorizo a las Estudiantes para que utilicen mis respuestas en su trabajo monográfico y que sean procesados en lo que estimen convenientes en su nivel académico.

Firma del participante: _____ Firmas de las investigadoras:

Facultad de Ciencias Médicas

Escuela de Enfermería

Encuesta:

Estimadas pacientes la siguiente encuesta la realizamos con el propósito de saber el conocimiento y consejería de enfermería en relación a los riesgos obstétricos en el embarazo. La información obtenida será de mucha ayuda en la realización de nuestro trabajo investigativo, esperando su colaboración, le agradecemos de antemano la información brindada.

I. Datos Demográficos:

1. Edad:
2. Estado Civil: Soltera
Casada
Unión libre
3. Nº de hijos:
4. Escolaridad: Primaria
Secundaria
Universidad
Otros
5. Lugar de procedencia: Zona rural
Zona urbana
- Religión: Católico
Evangélica
Testigo de Jehová
Atea
Otras
7. Ocupación: Ama de casa
Domestica
Estudiante
Obrera
Otras

II. Conocimiento de riesgo obstétrico:

1. Sabe usted, ¿Qué es un riesgo obstétrico?

- A. Son los que no causan problemas en el embarazo__
- B. Son circunstancia donde corre peligro la vida de la madre.__
- C. Son riesgos que pueden causar la muerte del feto__
- D. Característica o atributo biológico, ambiental o social que cuando está presente se asocia con un aumento de la posibilidad de sufrir un daño la madre, el feto o ambos__

2. Marque con una X las opciones que considera un factor de riesgos para la embarazada y el bebé.

- A. Adolescente menor de 19 años__
- B. Mayor de 35 años y primigestas__
- C. Realizar ejercicios pasivos ____
- D. Infección de vías urinarias__

3. Considera usted que el embarazo a temprana edad es un riesgo para:

- A. La madre __
- B. El hijo __
- C. Ambos __

4. ¿Qué consecuencia provoca el embarazo en una adolescente:

Al niño:

A la madre:

Bajo peso al nacer __

Anemia __

Prematuridad __

Nutrición inadecuada __

Malformaciones congénitas __

Parto prematuro __

Muerte neonatal ___

Aborto___

5.¿ Quéproblema ocasiona el embarazo en mujeres mayores de 35 años:

- A. Riesgo de bebé con defecto congénito (síndrome de Down)
- B. Aborto espontáneo
- C. Presión alta
- D. Nacimiento prematuro
- E. Parto por cesárea.

6.¿cuáles son los síntomas que presentan las embarazadas con IVU.

- A. Fiebre___
- B. Ardor al orinar___
- C. Comer con más frecuencia___
- D. dolor lumbar___

7.El tratamiento a base de hierro (ácido fólico) es importante durante el embarazo?

- A. Previene la anemia___
- B .Los defectos del tubo neural (soplo cardiaco) ___
- C. Aborto Espontáneos ___
- D. Todas las anteriores___

8 .Considera que la anemia es un riesgo para la embarazada?

- A .Aborto espontáneo___
- B. Susceptible a todas las enfermedades
- C. Bajo peso al nacer___
- D. Todas las anteriores___

III. consejería de enfermería:

1. ¿Qué es consejería de enfermería?

- A. Es una ciencia y arte que integra conocimientos del campo de la teología,[psicología](#), sociología___
- B. Es la acción de orientar a la persona de un problema o riesgo en su salud en cada control___
- C. Son medidas para prevenir complicaciones de salud tanto de la madre como el bebé___
- D. Todas las anteriores___

2. ¿Porqueconsidera importante asistir a todos sus controles prenatales.

- A. Previene complicaciones en el embarazo___
- B.brindan la atención adecuada del desarrollo del embarazo___
- C. Medicamento necesario de la embarazada y su bebé___
- D. Todas las anteriores___

3. En sus controles le han orientado que el embarazo a temprana edad tiene mayor riesgo para la madre y el bebé.

SI___ NO___

4. ¿cuales medidas son importantes para que una embarazadas de mayor de 35 años de edad pueden tener un embarazo saludable?

- A. Realizarse un examen completo antes de embarazarse__
- B. Asistir a los controles prenatales con regularidad desde el comienzo del embarazo __
- C. Comer alimentos nutritivos__
- D. Fumar__
- E. Tener un embarazo con un peso saludable (ni muy alto, ni muy bajo)__
- F. Beber alcohol y consumir drogas__
- G. Tener un complejo multivitamínico antes, durante y después del embarazo__

5. Consejería de alimentos ricos en hierro para prevenir la anemia?

- A. Alimentarse con variedad de alimentos nutritivos (frijoles, arroz, frutas, pescados, carne, leches, etc.)__
- B. Tomar sulfato ferroso con ácido fólico__
- C. Tomar abundante gaseosa__
- D. Verduras__
- E. Comida chatarra (hamburguesa, hot-dog) ____
- F. Refrescos naturales____

6.. ¿consejería en la prevención de las infecciones de vías urinarias durante el embarazo?

- A. No ignorar las ganas de miccionar__
- B. Beber 3 litros de agua al día__
- C. Beber abundante gaseosa__
- D. Mantener genitales limpios__

7. Empoderarse de los conocimientos de la consejería brindada en los controles prenatales previene los riesgos de embarazo?

SI__

NO ____

8. .Consejería por el personal de enfermería

A. Es importante porque es individualizada ____

B. Previene factores de riesgos ____

C. Ayuda poco ____

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN.

Tabla 1

Número de hijos de las embarazadas en relación a la religión de las embarazadas

Religión										
	Católica		Evangélica		Testigo de Jehová		Atea		Total	
Nº de hijos	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Ninguno	3	6	7	14	-	-	-	-	10	20
1 hijo	3	6	6	12	-	-	-	-	9	18
2 hijos	3	6	2	4	7	14	-	-	12	24
3 o más	19	38	-	-	-	-	-	-	19	38
Total	28	56	15	30	7	14	-	-	50	100

Fuente: Encuesta

Tabla 2
Ocupación de las Embarazadas en relación a qué es un riesgo obstétrico.

Riesgo del embarazo a temprana edad										
Riesgo obstétrico										
	Son lo que no causan problemas en el embarazo		Son circunstancia donde corre peligro la vida de la madre		Son riesgos que pueden causar la muerte del feto		Característica o atributo biológico, ambiental o social que cuando esta presente se asocia con aumento de la posibilidad de sufrir un daño en la madre, el feto o ambos		Total	
Ocupación	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Ama de casa	-	-	-	-	-	-	34	68	34	68
Doméstica	-	-	-	-	-	-	3	6	3	6
Estudiante	-	-	-	-	-	-	7	14	7	14
Obrera	-	-	-	-	-	-	4	8	4	8
Otras	-	-	-	-	-	-	2	4	2	4
Total	-	-	-	-	-	-	50	100	50	100

Fuente: Encuesta

Procedencia	Madre		Hijo		Ambos		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Zona rural	-	-	-	-	17	34	17	34
Zona urbana	-	-	-	-	33	66	33	66
Total	-	-	-	-	50	100	50	100

Tabla Nº 3
Procedencia de las embarazadas en relación al riesgo del embarazo a temprana edad.

Fuente: Encuesta

Tabla 4

Edad de las embarazadas en relación a los síntomas que presentan las embarazadas con infecciones de vías urinarias.

Síntomas que presentan las embarazadas con infecciones de vías urinarias						
Edad	Fiebre, ardor al orinar , dolor lumbar		Comer con más frecuencia		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
15 -19	9	18	-	-	9	18
20 - 25	20	40	-	-	20	40
26 - 34	11	22	-	-	11	22
35 - 45	10	20	-	-	10	20
Total	50	100	-	-	50	100

Fuente: Encuesta

Tabla 5

Escolaridad de las embarazadas en relación al tratamiento a base de hierro + ácido fólico es importante durante el embarazo.

Tratamiento a base de hierro + ácido fólico.										
	Previene :									
	La anemia		Los defectos del tubo neural (soplo cardíaco)		Abortos espontáneos.		Todas las anteriores		Total	
Escolaridad	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Primaria	-	-	-	-	-	-	13	26	13	26
Secundaria	-	-	-	-	-	-	28	56	28	56
Universidad	-	-	-	-	-	-	5	10	5	10
Otros	-	-	-	-	-	-	4	8	4	8
Total	-	-	-	-	-	-	50	100	50	100

Fuente: Encuesta

Tabla 6
Edad de las embarazadas en relación a qué es consejería.

Consejería										
	Es una ciencia y arte que integra conocimientos del campo de la teología, psicología, sociología		Es la acción de orientar a la persona de un problema o riesgo en salud en cada control.		Son medidas para prevenir complicación de salud tanto de la madre como el bebé		Todas las anteriores		Total	
Edad	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
15 -19	-	-	-	-	-	-	9	18	9	18
20 - 25	-	-	-	-	-	-	20	40	20	40
26 - 34	-	-	-	-	-	-	11	22	11	22
35 - 45	-	-	-	-	-	-	10	20	10	20
Total	-	-	-	-	-	-	50	100	50	100

Fuente: Encuesta

Tabla 7

Procedencia de las embarazadas en relación a cuales medidas son importantes para que una embarazada mayor de 35 años de edad pueden tener un embarazo saludable.

Medidas importantes para que una embarazada mayor de 35 años de edad pueden tener un embarazo saludable.																
	Realizarse un examen completo antes de embarazarse		Asistir a los controles prenatales con regularidad desde el comienzo del embarazo		Comer alimentos nutritivos		Fumar		Tener un embarazo con un peso saludable (ni muy alto, ni muy bajo)		Beber alcohol y consumir drogas		Tener un complejo vitamínico antes, durante y después del embarazo		Total	
Procedencia	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Zona rural	9	18	3	6	-	-	-	-	1	2	-	-	4	8	17	34
Zona urbana	9	18	9	18	5	10	-	-	7	14	-	-	3	6	33	66
Total	18	36	12	24	5	10	-	-	8	16	-	-	7	14	50	100

Fuente: Encuesta

Tabla 8
Religión de las embarazadas en relación a la consejería en la prevención de las infecciones de vías urinarias durante el embarazo.

Consejería en la prevención de las infecciones urinarias										
Religión	No ignorar las ganas de orinar		Beber 3 litros de agua al día		Beber abundante gaseosa		Mantener genitales limpios		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Católica	10	14	17	24	-	-	4	8	28	56
Evangélica	5	10	7	14	-	-	3	6	15	30
Testigo de Jehová	-	-	3	6	-	-	4	8	7	14
Atea	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Total	15	24	27	48	86	0	11	22	50	100

Fuente: Encuesta

Tabla 9
Importancia del empoderamiento de conocimiento de la consejería en
relación a la prevención de los riesgos en el embarazo.

Importancia de asistir a todos sus controles prenatales (CPN)								
Prevención de los riesgos en el embarazo	Es importante porque es individualizada		Previene factores de riesgos		Ayuda poco		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Si	17	34	33	66	-	-	50	100
No	-	-	-	-	-	-	-	-
Total	17	34	33	66	-	-	50	100

Fuente: Encuesta