

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA

UNAN – LEÓN

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CARRERA DE MEDICINA



TESIS PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA Y CIRUGÍA

TEMA:

CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES SOBRE PARTO Y PUERPERIO DE LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS QUE ATIENDE EL CENTRO DE SALUD DE SUBTIAVA.

AUTORAS:

- ❖ Bra. YÉSICA MARIA SMART ALEMÁN
- ❖ Bra. GLENDA FRANCISCA SOLÓRZANO QUEZADA

TUTOR:

- ❖ Dr. LUIS SOMARRIBA
GINECO-OBSTETRA
- ❖ Dr. FRANCISCO TERCERO, PHD
PROFESOR TITULAR DPTO. SALUD PÚBLICA

LEÓN, 13 DE SEPTIEMBRE DEL 2016

¡ A LA LIBERTAD POR LA UNIVERSIDAD!

INDICE

AGRADECIMIENTOS.....	2
INTRODUCCIÓN.....	3
ANTECEDENTES.....	5
JUSTIFICACIÓN	8
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	9
OBJETIVOS	10
MARCO TEÓRICO.....	11
MATERIALES Y MÉTODOS.....	25
RESULTADOS.....	31
DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS.....	39
CONCLUSIONES.....	44
RECOMENDACIONES.....	45
REFERENCIAS	
BIBLIOGRÁFICAS.....	46
ANEXO.....	49

AGRADECIMIENTOS

- A Dios por permitirnos realizar este trabajo y brindarnos la sabiduría y fortaleza para culminarlo con éxito

- A nuestros padres por apoyarnos siempre y brindarnos ánimo para seguir adelante y alcanzar nuestras metas.

- A nuestro tutor por ofrecernos sus conocimientos y orientaciones.

INTRODUCCIÓN

Embarazo adolescente o embarazo precoz es aquel embarazo que se produce en una mujer adolescente; entre la adolescencia inicial o pubertad, comienzo de la edad fértil y el final de la adolescencia. La OMS establece la adolescencia entre los 10 y los 19 años. El término también se refiere a las mujeres embarazadas que no han alcanzado la mayoría de edad jurídica, variable según los distintos países del mundo así como a las mujeres adolescentes embarazadas que están en situación de dependencia de la familia de origen.¹ Es reconocida en el mundo como un factor que afecta la salud reproductiva y el bienestar de las mujeres jóvenes.² El embarazo en adolescente es una crisis que se sobrepone a la crisis de la adolescencia.³ Los factores que facilitan que una adolescente quede embarazada son de orden físico, psicológico, social y cultural.⁴

El parto es el proceso fisiológico que pone fin al embarazo por el cual se produce la salida desde el útero al exterior, a través del canal del parto, de un feto, vivo o muerto, seguido de sus anexos ovulares. En este proceso se presentan signos clínicos, por lo que es de gran importancia el conocimiento previo de este período y de las actitudes que deben tomar las adolescentes durante el proceso.⁵

También es relevante tener conocimientos sobre el puerperio conocido como la etapa comprendida desde que termina el alumbramiento hasta que la involución genital de la madre se completa, es importante que las adolescentes conozcan los riesgos en este periodo como son las infecciones que se pueden presentar y otras complicaciones por eso deben tener conocimientos previos sobre cuidados y factores de riesgo en el puerperio; además tienen la opción de escoger el método anticonceptivo de preferencia, para evitar la concepción futura y tener un mejor control de la natalidad.⁶

Existe en el ministerio de salud un programa encargado de brindar la información adecuada para garantizar la prevención de casos de muerte materna o neonatal y brindar consejería sobre los signos de alarma durante el embarazo para que las gestantes acudan lo antes posible a un centro de salud donde se le puedan extender los conocimientos necesarios sobre los periodos del parto y puerperio ya que toda adolescente embarazada debe poseer conocimientos previos sobre, parto y puerperio que son eventos que la humanidad ha vivido en forma natural desde sus inicios, pero presentan gran tendencia a complicaciones cuando no se tiene las orientaciones adecuadas.⁷

El conocimiento es un conjunto de información almacenada mediante la experiencia o el aprendizaje, o a través de la introspección. En el sentido más amplio del término, se trata de la posesión de múltiples datos interrelacionados el ayudar a la adquisición del conocimiento mediante el aprendizaje depende de cada uno de nosotros como trabajadores de la salud y prestadores de servicio a nivel de los controles prenatales en la atención primaria de esto dependerá el grado de conocimiento.

La actitud de que se entiende como un estado de la disposición nerviosa y mental, que se organiza a partir de las vivencias y que orienta o dirige la respuesta de un sujeto ante determinados acontecimientos a partir de la experiencia y conocimientos, las personas adquieren una cierta predisposición que les permite responder ante los estímulos.

En el presente trabajo se plantea los aspectos fisiológicos de estos períodos partiendo de la descripción de los mismos. Se valora el grado de conocimientos previos que tienen las adolescentes embarazadas que asisten al centro de salud de Subtiava y valorar las actitudes de ellas ante estos eventos.

ANTECEDENTES

El embarazo no deseado en un adolescente es un problema social cada vez más frecuente a nivel mundial. Los adolescentes inician sus relaciones sexuales cada vez a más temprana edad trayendo aparejadas diversas consecuencias como lo es un embarazo. Este evento produce riesgos a nivel social como lo son familias con mayor número de hijos, mayor deserción escolar, desempleos o empleos mal remunerados, alta proporción de hijos ilegítimos. Repercute también en la salud de la madre y el recién nacido, aumentando el riesgo de morbilidad y mortalidad de ambos, y más aún cuando el embarazo se produce en cercanías de la menarquía.⁸

Los países desarrollados están caracterizados por niveles de embarazo adolescente muy bajo en comparación a los países en desarrollo; sin embargo existe una amplia variabilidad entre países, la que se expresa tanto en los niveles alcanzados como en la variación observada en los últimos cincuenta años. La tasa de fecundidad adolescente al principio de los años sesenta se encontraba en un rango entre 10 y 85 nacimientos por cada mil mujeres entre 15 y 19 años de edad, valores que en el 2013 se encuentran entre menos de 1 y 30 nacimientos por mil. La tasa de variación (negativa por la tendencia descendente) entre inicios de 1960 y 2012 ha alcanzado valores de alrededor del 2% anual en Eslovenia y Austria y de menos del 1% anual en el Reino Unido, Grecia, Irlanda, Estonia y España. Los Estados Unidos de América se caracterizan por tener el nivel más alto de la tasa a lo largo de las cinco décadas de análisis (85 por mil en 1960 y 30 por mil en 2013), seguidos por el Reino Unido y Australia (respectivamente 47 y 44 por mil al principio del periodo de observación, y 26 y 12 en 2013).⁹

La OMS y la ONU informan que hay más de 1 000 millones de adolescentes en todo el mundo, y de estos, aproximadamente el 83 % corresponde a países subdesarrollados. No obstante, el fenómeno no excluye a los países

industrializados, como por ejemplo Estados Unidos, donde el 70 % de los adolescentes que tienen un hijo afirman no haberlo deseado.

Las adolescentes son, además, las primeras víctimas de las enfermedades sexualmente transmisibles, cuya cantidad de casos se estima en 300 millones cada año, al tiempo que en los países en desarrollo, entre 1 y 2/3 de las jóvenes reciben menos de 7 años de educación escolar.¹⁰

Según estudios realizados por la ONU en América Latina sobre la fecundidad adolescente reporta que la tasa de fecundidad adolescente regional se destaca a escala mundial por ser comparativamente elevada, ya que solo el África Subsahariana registra un nivel superior. Además, se observa una desconexión significativa y “anormal” respecto de otras regiones entre la fecundidad total y la adolescente. Específicamente, esta última es mucho más alta que la que se esperaría a la luz de la fecundidad total y de otros indicadores sociales, como los niveles educativos y los grados de urbanización de las y los adolescentes. A causa de ello, América Latina es la región del mundo con mayor concentración de nacimientos en la edad adolescente; en efecto, casi el 17% de todos los nacimientos corresponden a mujeres que tienen menos de 20 años. Por esta combinación de especificidades, en diversos escenarios se ha planteado que la alta fecundidad adolescente de América Latina es una “anomalía” a escala mundial (Rodríguez, 2009), que requiere explicación y acción.¹¹

El embarazo y maternidad de adolescentes son más frecuentes que lo que la sociedad quisiera aceptar. Es un suceso difícil que afecta la salud integral de los padres adolescentes, la de sus hijos, familiares y de la comunidad en su conjunto; y los conocimientos que poseen las adolescentes sobre el momento del parto o la relación con el bebé son pocos.¹²

La información brindada por las encuestas realizadas por ENDESA 2006/07 en relación a la información que se reveló en los estudios realizados por ellos mismos 2011/2012 reportan que el 18.3% de las adolescentes embarazadas ya

son madres, un 23.3 cursan con su primer embarazo y 1.1 % estuvieron embarazadas pero el hijo no vive lo que demuestra que en relación a la encuesta 2006/2007 los índices casi se mantienen con muy pocas variantes el 19.7% ya son madres, el 25.5% cursa con el primer embarazo y el 0.7% perdieron un primer producto. La comparación según la ubicación geográfica 2006/2007 predominó el área rural manteniéndose esta tendencia para la encuesta 2011/2012. ¹³

Nicaragua es el país con mayor proporción de embarazos adolescentes. En Nicaragua casi 110 de cada 1000 mujeres adolescentes (entre 15 y 19 años) son madres.¹⁴

La evaluación del grado de conocimientos de las adolescentes embarazadas dio como resultados sobre el momento del parto un nivel medio (61%) y bajo (39%) de información, de las adolescentes participantes; distribuidos de acuerdo a los indicadores: Proceso de parto 90% no posee información 10% si; Nutrición Materna 87% posee información y 13% no; Higiene Personal 66% posee información 34% no; Consulta Prenatal 59% posee información y un 41% no.¹⁵

Entre los principales resultados se encontró que el 88% de las adolescentes desconoce el uso correcto de los anticonceptivos, el 49% nunca recibió información sobre planificación familiar. El 75 % nunca ha hecho uso de los métodos anticonceptivos y en el 84 % de los casos desconocieron en qué período del ciclo es más probable la fecundación.¹⁶

Durante el periodo de Enero-Abril 2007, 267 usuarias egresaron post Evento Obstétrico, todas eligieron un método de planificación familiar, posteriormente fueron referidas a sus puestos de salud para su debido seguimiento. Del grupo etéreo en estudio por evento obstétrico el que tuvo mayor demanda fue el de las edades de 15-19 años con un total de 241 que equivale al 90.2%, el de menor demanda fue el de las adolescentes entre las edades de 10-14 años con un total de 26 usuarias equivalente a un 9.7%.¹⁷

JUSTIFICACIÓN

Con este trabajo se persigue valorar la calidad de los controles prenatales, la manera que los trabajadores de la salud están brindando los conocimientos necesarios a las adolescentes embarazadas que asisten a ellos en el centro de salud de Subtiava, acerca de los factores de riesgo que se pueden presentarse durante embarazo, parto y puerperio con el propósito de valorar las estrategias de propagación de la información sobre ambos periodos parto y puerperio con la finalidad que al tener las adolescentes más conocimientos sobre ambos periodos se espera que su actitud ante estos eventos sea más positiva y satisfactoria tanto para ellas como para el bebé evitando las complicaciones de las mismas.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuáles son los Conocimientos y Actitudes sobre Parto y Puerperio de las adolescentes embarazadas que atiende el Centro de Salud de Subtiava?

Los índices de embarazos en las adolescentes son cada vez mayores y los conocimientos que ellas tienen de cómo afrontar el parto y el puerperio son muy limitados, muchas veces por la cultura, la falta de comunicación y de interés personal, lo que dificulta la toma de decisiones en los eventos anteriormente citados; esto conlleva a complicaciones obstétricas y el aumento en la tasa de mortalidad materno infantil.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Determinar el nivel de conocimientos y actitudes sobre parto y puerperio en las adolescentes embarazadas, que asisten a CPN en el centro de salud de Subtiava en el período de Mayo a Septiembre del 2013.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Describir las características sociodemográficas de la población en estudios.

- Identificar el nivel de conocimientos de las adolescentes sobre el momento del parto y puerperio.

- Valorar las actitudes de las adolescentes embarazadas ante situaciones o eventos relacionados con parto y puerperio mediante una escala.

MARCO TEÓRICO

LA ADOLESCENCIA

Es una etapa en la vida de un ser humano entre la niñez y la adultez. Esta etapa es en la que se manifiestan en las personas, más cambios que en cualquier otra. Existen cambios psicológicos, pero los más notorios son los físicos.¹⁸

La adolescencia comprende 3 etapas:

- a) Adolescencia temprana: Comprende entre los 10 y 13 años. Los cambios fisiológicos propios de la pubertad son muy evidentes y centrales para el adolescente. El pensamiento es aún concreto y con fines muy inmediatos. La separación de los padres recién comienza con una actitud rebelde pero sin un real distanciamiento interno. Las amistades son fundamentalmente del mismo sexo, grupales y con un tímido avance hacia el sexo opuesto.¹⁸
- b) Adolescencia media: Comprende desde los 14 a los 16 años. La separación de la familia comienza a hacerse más real, la cercanía de los amigos es más electiva y pasa de las actividades grupales a otras en pareja. La conducta predominante es exploratoria buscando diversas alternativas en cuanto a parejas, actividades y puntos de vista. Su pensamiento se vuelve abstracto, su preocupación obsesiva por las transformaciones corporales es reemplazada por un foco en la relación interpersonal, en las ideas propias y de los demás.¹⁸
- c) Adolescencia tardía: Abarca desde los 17 a los 19 años. La tendencia al cambio y a la experimentación comienza a disminuir y surgen relaciones interpersonales estables. Tanto en el plano biológico como en el psicológico existe mayor capacidad de compromiso y el intimar es propio de esta edad.

Paralelamente se consigue la identidad, que implica una autoimagen estable a lo largo del tiempo, adquiere la capacidad de planificar el futuro y de preocuparse por los planes concretos de estudio, trabajo, vida común de pareja. La relación con la familia a veces vuelve a ser importante con una visión menos crítica y una actitud menos beligerante hacia los padres.¹⁸

El estudio de la adolescencia es la comprensión de los períodos adyacentes: La niñez y la adultez. Mientras el adulto y el niño tienen un concepto claro del grupo al que pertenecen, el adolescente queda entre ambos sin definirse claramente en ninguno de ellos dado que la sociedad lo trata ambiguamente. El adolescente tiene una franca dificultad para lograr su ubicación social y ejercer sus obligaciones por lo que su conducta refleja inseguridad.¹⁸

En la adolescencia comienza un largo proceso de autodefinición, siendo la definición sexual y de género dos procesos claves. El deseo y el interés sexual se incrementan en la medida que se acelera el desarrollo hormonal y al mismo tiempo enfrentan opuestas presiones de su familia, de sus padres y de la sociedad en general, en cuanto a aceptar ciertas normas de acuerdo a su rol estereotipado de género.¹⁸

EMBARAZO

La gestación es un estado fisiológico cuyo diagnóstico puede realizarse por distintos métodos según el tiempo de embarazo transcurrido y la disponibilidad de éstos. Muchas manifestaciones de las adaptaciones fisiológicas normales del embarazo se reconocen con facilidad y son importantes para su diagnóstico y posterior seguimiento.⁵

Primer trimestre (Semana 1 a Semana 12)

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

La ausencia del período menstrual es una señal clara de que está embarazada.

Otros cambios posibles son:

- Cansancio extremo
- Hinchazón y sensibilidad de los senos, también es posible que tenga los pezones prominentes
- Dolor de estómago, con o sin vómitos (náuseas matutinas)
- Antojos o rechazo por ciertos alimentos
- Cambios de humor
- Estreñimiento (dificultad para tener movimientos intestinales)
- Necesidad de orinar más a menudo
- Dolor de cabeza
- Acidez
- Pérdida o aumento de peso⁶

Segundo trimestre (Semana 13 a Semana 28)

Se producen cambios nuevos y más notorios en el cuerpo. El abdomen aumentará a medida que el bebé siga creciendo. Y antes de que termine este trimestre, ¡sentirá que el bebé comienza a moverse!

A medida que el cuerpo cambie para adaptarse al bebé, se presenta:

- Dolores corporales, como dolor de espalda, de abdomen, en la ingle o en los muslos
- Estrías en el abdomen, pechos, muslos o nalgas
- Oscurecimiento de la piel alrededor de los pezones

- Una línea en la piel, entre el ombligo y el nacimiento del vello púbico
- Parches de piel más oscura, generalmente sobre las mejillas, la frente, la nariz o el labio superior. Los parches a menudo son iguales en ambos lados de la cara. Esto a veces se denomina la máscara del embarazo.
- Adormecimiento u hormigueo en las manos, llamado síndrome del túnel carpiano.
- Prurito en el abdomen, las palmas de las manos y las plantas de los pies.
- Hinchazón de los tobillos, los dedos y la cara. Si observa hinchazón repentina o extrema, o si aumenta mucho de peso muy rápidamente. Eso podría ser una señal de preeclampsia.⁶

Tercer trimestre (Semana 29 a Semana 40)

Cambios nuevos en el cuerpo que se notan durante el tercer trimestre son:

- Falta de aire
- Acidez
- Hinchazón de los tobillos, los dedos y la cara. (Si se observa hinchazón repentina o extrema, o si se aumenta mucho de peso. Eso podría ser una señal de Pre eclampsia).
- Hemorroides
- Senos sensibles, que pueden dejar escapar una sustancia acuosa que se elimina antes de producirse la leche, llamada calostro
- El ombligo puede protruir hacia afuera
- Problemas para dormir
- El bebé "cae" o se mueve hacia la parte baja del abdomen
- Contracciones, que pueden ser una señal del trabajo de parto verdadera o falsa

A medida que se acerca a la fecha de parto, el cuello uterino se vuelve más blando y delgado. Este es un proceso normal y natural que ayuda al canal del parto a abrirse durante el proceso de parto.⁶

El embarazo en adolescentes se considera de alto riesgo debido a que la inmadurez biológica aumenta la morbilidad y mortalidad materna, siendo doble el riesgo en menores de 16 años. Se consideran como complicaciones clínicas más comunes: anemia, parto pretérmino, parto instrumental y desgarros del canal vaginal, infecciones durante el embarazo, así como muerte materna, según estudios realizados por la Facultad de Medicina, Universidad de la Sabana, Chía, Colombia en el 2012.¹⁹

COMPLICACIONES DURANTE EL EMBARAZO

En el desarrollo del embarazo y en el momento del parto puede presentarse distintas complicaciones obstétricas que pueden amenazar con la vida de la adolescente entre estas tenemos.

Las enfermedades hipertensivas del embarazo son las que hacen referencia a la hipertensión que se inicia o se diagnostica durante la gestación en una paciente previamente normotensa.²⁰

Hipertensión arterial crónica: La frecuencia es del 1 a 5% del total de embarazos, de éstas más del 95% son hipertensión esencial y sólo un 2% es secundaria. La principal causa de hipertensión crónica es debido a enfermedad renal. Se definen tres grupos en la hipertensión arterial crónica:

1. Pacientes con hipertensión arterial crónica esencial o secundaria, antes de iniciar el embarazo y que coexiste con el mismo.
2. Pacientes con hipertensión con o sin proteinuria, que aparece antes de la semana 20 de gestación.
3. Pacientes que persisten con hipertensión luego de 6 semanas de puerperio.²⁰

Hipertensión arterial crónica con preeclampsia sobreagregada: Se define como la presencia de preeclampsia en embarazadas con hipertensión crónica conocida o diagnosticada antes de la semana 20 del embarazo.²⁰

Hipertensión gestacional: Se define como el desarrollo de hipertensión sin proteinuria significativa durante la segunda mitad del embarazo en paciente previamente normotensa. La frecuencia es de 6% a 17% en nulíparas y de 2% a 4% en multíparas. Puede evolucionar a una preeclampsia (46%), especialmente si aparece antes de las 30 semanas.²⁰

Preeclampsia MODERADA:

CRITERIOS CLÍNICOS:

- Presión arterial sistólica ≥ 140 mmHg y/o diastólica ≥ 90 mmHg que ocurra después de 20 semanas de gestación en mujer previamente normotensa, sin evidencia de daño a órgano blanco. Considerar también cuando la Presión Arterial Media (PAM) se encuentra entre 106-125mmHg.

- Proteinuria significativa que se define como excreción de 300 mg o más de proteínas por litro en orina de 24 horas o 1 cruz (+) en cinta reactiva en 2 tomas con un intervalo de 4 horas, en ausencia de infección del tracto urinario o sangrado.²⁰

Preeclampsia GRAVE: Se realiza el diagnóstico en pacientes con hipertensión arterial y proteinuria significativa que presentan uno o más de los siguientes criterios de daño a órgano blanco:

CRITERIOS CLÍNICOS:

- Presión arterial sistólica ≥ 160 mmHg y/o diastólica ≥ 110 mmHg y/o Presión Arterial Media ≥ 126 mmHg.
- Proteinuria ≥ 5 gr en orina de 24 horas o en cinta reactiva ≥ 3 cruces (+++).
- Oliguria menor a 500 ml en 24 horas o creatinina ≥ 1.2 mg/dl.

- Trombocitopenia menor a 100,000 mm³ o evidencia de anemia hemolítica microangiopática (elevación de LDH mayor a 600 U/L).
- Elevación de enzimas hepáticas TGO o TGP o ambas mayor o igual 70 UI.
- Síntomas neurológicos: cefalea fronto occipital persistente o síntomas visuales (visión borrosa, escotomas), tinnitus o hiperreflexia.
- Edema agudo de pulmón o cianosis
- Epigastralgia o dolor en cuadrante superior derecho.
- Restricción del crecimiento intrauterino (RCIU).²⁰

Eclampsia: Se define como la ocurrencia de convulsiones en el embarazo, parto o puerperio en pacientes con preeclampsia y que no son explicadas por otra etiología; un 16% ocurren hasta 48 horas posteriores al parto.²⁰

SANGRADOS VAGINALES EN LA SEGUNDA MITAD DEL EMBARAZO:

Placenta Previa: Implantación baja de la placenta en el segmento y cuello uterino o cerca de él.²⁰

Desprendimiento Prematuro de Placenta Normo insertada

Es el desprendimiento de una placenta ubicada normalmente en el útero antes de que nazca el bebé.²⁰

Rotura Uterina

El sangrado puede ocurrir por vía vaginal, a menos que la cabeza fetal bloquee la pelvis. Sangrado puede ser intraabdominal. Cuando se rompe hacia el ligamento ancho no liberará la sangre dentro de la cavidad abdominal.²⁰

TRABAJO DE PARTO

El parto es la culminación del embarazo, hasta el periodo de salida producto con sus anexos del útero.

Las condiciones favorables al inicio del parto son las siguientes:

1. Madurez cervical: una longitud menor de 2 cm, un reblandecimiento cervical con una posición del cuello cervical perpendicular al cóccix.
2. Dilatación cervical de 2 cm.
3. Cabeza introducida en la pelvis apoyando el cuello cervical (encajamiento).
4. Buena dinámica uterina: frecuencia 3 contracciones en 10 min, intensidad de 25 a 50 mmHg, duración > 30 seg.⁵

En todos los partos que terminan en vía vaginal suceden tres periodos

Primera etapa del parto o periodo de dilatación que consta de dos fases:

1. Fase latente: lapso que media entre el inicio perceptible de las contracciones uterinas y la presencia de un cuello borrado con tres cm de dilatación.
2. Fase activa: lapso que media entre los 3 cm y los 10 cm. De dilatación a su vez la fase activa presenta una fase aceleratoria de 3 a 8 cm y una fase desaceleratoria de 8 a 10 cm en este periodo el parto tiene que deducirse dos cambios: la dilatación y el descenso progresivo de la presentación fetal. En la fase aceleratoria predomina la dilatación y en la fase desaceleratoria ocurre el descenso.

Segunda etapa del parto o periodo de expulsivo: tiempo que media entre la dilatación completa del cuello uterino y el nacimiento del feto.

Tercera etapa del parto o periodo de alumbramiento: lapso que media entre el nacimiento del recién nacido y la expulsión de la placenta.⁵

PUERPERIO

Se entiende por puerperio al periodo que comprende desde el final del parto hasta la aparición de la primera menstruación. Su duración aproximada es de 6-8 semanas.

Cronológicamente se divide en:

Puerperio Inmediato: comprende las primeras 24 Hs. y se ponen en juego los mecanismos hemostáticos uterinos. En este periodo el esfuerzo orgánico, está destinado a lograr la Hemostasia Uterina.

En el alumbramiento, se produce el desprendimiento y expulsión de la placenta y membranas ovulares, éste se produce a nivel del límite entre decidua compacta y esponjosa y queda en el útero un lecho esponjoso con vasos sangrantes.

La capa basal del endometrio tiene una irrigación propia que evita los procesos necrobióticos que experimentan las capas superiores.

Para una eficaz hemostasia se ponen en juego 2 mecanismos: La retractilidad: fenómeno permanente y pasivo que consiste en un acortamiento definitivo de la fibra muscular uterina. La contractilidad: fenómeno intermitente y activo, que consiste en el acortamiento temporario de la fibra muscular uterina ²¹

Puerperio Mediato o Propiamente Dicho: abarca del 2do al 10mo día, se da la mayor involución de los cambios gravídicos y comienza la lactancia. Durante este periodo se ponen en juego mecanismos involutivos para recuperar los caracteres pregrávidos: Aparato genital: la cavidad uterina está cubierta por restos de decidua esponjosa con vasos escasamente sangrantes, los loquios en los primeros días de este periodo mantienen características hemáticas. El lecho cruento que cubre la cavidad uterina comienza a secretar un material serofibrinoso que forma una capa sobre él, en el límite entre decidua esponjosa y basal aparece un infiltrado leucocitario (con predominio de neutrófilos), también aparece un infiltrado perivascular, hialinización de las paredes de los vasos y trombos endoluminales. Estos mecanismos contribuyen a disminuir las pérdidas sanguíneas. Paulatinamente aumenta el contenido seroso de los loquios, producto del trasudado de la superficie endometrial y por desemmatización del cérvix y vagina, al cuarto o quinto día los loquios se convierten en serohemáticos con contenido leucocitario y células descamadas de cérvix y vagina, los loquios nunca deben presentar olor fétido.

En el miometrio las fibras musculares hipertrofiadas vuelven a su tamaño

normal, las fibras neoformadas sufren una degeneración hialina, esto se manifiesta clínicamente con una disminución de la altura uterina a una velocidad de 1 – 2 cm. / día.²¹

Puerperio Alejado: se extiende aproximadamente hasta los 45 días luego del parto, el retorno de la menstruación indica su finalización. A partir de las células de la porción basal de las glándulas endometriales se produce la reepitelización endometrial. Los loquios de serohemáticos pasan a ser serosos y tienden a desaparecer hacia la tercera semana post parto. Hacia el día 12, el orificio cervical interno se debe encontrar totalmente cerrado. Entre los días 10 y 14, el útero se hace intrapélvico mediante el proceso involutivo miometrial. El día 21 por un mecanismo no muy claro, se produce una pérdida hemática denominada pequeño retorno. Entre los 30 y 45 días puede reaparecer la ovulación y en caso de no haber fecundación reaparece la menstruación.²¹

Puerperio Tardío: puede llegar hasta los 6 meses pos parto y se acompaña de una lactancia prolongada y activa. Se extiende desde los 45 días hasta que continúe una lactancia prolongada y activa, que puede evitar el retorno al ciclo sexual normal²¹

En un estudio realizado en La Habana Cuba sobre los factores de riesgo sobre conocimientos sexuales y embarazo en adolescente, aplicado a 37 pacientes entre 12 y 19 años se concluyó que el embarazo en la adolescencia se encuentre asociado al desconocimiento de la edad óptima para embarazo, de los días fértiles para quedar embarazada y las complicaciones durante el embarazo en adolescentes. ²²

Se estudiaron a 31 madres adolescentes entre 17 y 19 años sobre conocimientos de los cuidados básicos del recién nacido, en la Universidad de Veracruz, México, el cual reflejó que el 74.2 % no identifica la importancia de la lactancia materna y el 54.8 % no conoce los beneficios del afecto en recién nacido. ²³

Según la Encuesta Nacional sobre la Dinámica Demográfica en México 2009 (ENADID) realizada a mujeres adolescentes entre 15 y 19 años, revela que el 97 % tiene conocimiento sobre los métodos anticonceptivos, sin embargo menos de la mitad de estas adolescentes utilizan métodos anticonceptivos. ²⁴

Complicaciones del puerperio estas se van presentando según los diferentes periodos por los que cursa la mujer durante las diferentes etapas del puerperio

PUERPERIO INMEDIATO COMPLICACIONES:

Atonía uterina: Hemorragia post parto inmediata, útero blando y no retraído, taquicardia, hipotensión. ²⁰

Desgarros del cuello uterino, vagina o periné: Hemorragia post parto inmediata, placenta íntegra, útero contraído, causa traumática. ²⁰

Inversión uterina: No se palpa fondo uterino en la palpación abdominal, dolor intenso, inversión uterina visible en la vulva, hemorragia post parto inmediata. ²⁰

Ruptura uterina: Dolor abdominal severo (puede disminuir después de la ruptura), hemorragia post parto inmediata (el sangrado es intraabdominal y/o vaginal), abdomen doloroso, shock, taquicardia. ²⁰

Retención de placenta: No se expulsa la placenta dentro de los 15 minutos después del parto con manejo activo y 30 minutos con el alumbramiento espontáneo, útero contraído. ²⁰

Retención de restos placentarios: Falta una porción de la superficie materna de la placenta o hay desgarros de membranas, hemorragia postparto inmediata, útero contraído, sangrado leve que continúa luego de 12 horas después del parto, útero más blando y más grande que lo previsto según el tiempo transcurrido desde el parto, sangrado variable (leve o profuso, continuo o irregular), anemia. ²⁰

Alteraciones de la coagulación: Sangrado en sitios de punción, no formación de coágulos sanguíneos, prueba de coagulación junto a la cama Fibrinógeno <100 mg/dl, plaquetas disminuidas, TP y TPT prolongados. ²⁰

La endometritis de aparición precoz: (primeras 24 horas posparto) es más frecuentemente mono-microbiana y los agentes causales más frecuentes son: Staphylococcus aureus, estreptococos beta-hemolíticos del grupo A (S.pyogenes) y B (S.agalactiae), Clostridium spp.²⁰

Infección de episiorrafia: Incidencia: 0.35% - 5%. Hay eritema, induración de los bordes de la herida con hipersensibilidad de la zona, a veces dehiscencia parcial, calor local, drenaje purulento, en presencia o ausencia de fiebre. ²⁰

Vulvitis Puerperal: Se observa en los primeros días del puerperio a nivel de los desgarros de la vulva y periné. Cuando interesan solamente los planos superficiales, se caracteriza por una discreta elevación de la temperatura y dolor localizado en la zona de la herida, la cual se halla recubierta por una placa pseudomembranosa grisácea. ²⁰

Vaginitis puerperal: Es excepcional. Es provocada por el olvido en que se incurre a veces, del tapón de gasa que se coloca en la vagina para facilitar la sutura de las heridas por episiotomía o desgarros. ²⁰

PUERPERIO MEDIATO COMPLICACIONES:

La endometritis de aparición tardía: (más de una semana posparto o poscesárea). La Chlamydia trachomatis es la más relacionada. Clínica comienza en el 2do-3er día del postparto, fiebre mayor de 38°C, dolor abdominal vago, loquios malolientes (si son purulentos se confirma el diagnóstico), el útero subinvolucionado o con aumento de la sensibilidad, blando y doloroso a la palpación. ²⁰

Endomiometritis: Infección del endometrio y de las capas musculares del útero, sus signos y síntomas son los de una infección pélvica severa y puede evolucionar hasta un shock séptico se presenta tres o más días post aborto, post parto o post cesárea: fiebre de 38.5°C o más en picos, persistente, con escalofríos, malestar general, anorexia, vómitos, dolor abdominal severo, irritabilidad y distensión abdominal, signo de rebote, sub involución uterina y movilización dolorosa del

cuello y útero, loquios malolientes. También pueden presentarse signos de pre-shock y Síndrome de Respuesta Inflamatoria Sistémica (SIRS): taquicardia, taquipnea, hipotensión (presión sanguínea menor de 90/60 mmHg) alteración del estado mental, distensión abdominal. ²⁰

Parametritis, Salpingitis, Ooforitis, Salpingooforitis(anexitis): Son infecciones que rebasan los límites del útero y afectan paramétrios entre ambas hojas del ligamento ancho, ligamento útero-sacro y celulitis pelviana difusa alrededor del útero (parametritis), trompas (salpingitis) y ovários (ooforitis), (salpingooforitis), puede evolucionar hacia un absceso pélvico o peritonitis pélvica o generalizada e incluso hacia shock séptico. ²⁰

Los síntomas y signos aparecen tardíamente, entre el 8º y el 10º día del puerperio, el útero y los anexos son dolorosos, en casos de afectación unilateral el útero está rechazado hacia el lado opuesto al anexo afectado, masa dolorosa e irregular separada del útero, engrosamiento de ambos lados del útero que puede subir hasta el fondo uterino, fondos de saco pueden estar libres o encontrarse líquido libre de reacción peritoneal en el fondo de saco de Douglas. ²⁰

Absceso pélvico, peritonitis pélvica, peritonitis generalizada, absceso intra-abdominal con septicemia asociada: Es la complicación más frecuente, sobre todo en el periodo pos-parto o pos-aborto no seguro, en donde se han utilizado instrumentos contaminados o se han provocado lesiones en las estructuras pélvicas. Pueden evolucionar a una peritonitis pélvica y esta a su vez a una peritonitis abdominal generalizada, abscesos intraabdominales y bacteriemia.

La clínica es de una infección pélvica severa: Dolor y distensión abdominal intensa, fiebre en picos, persistente, escalofríos y afectación del estado general, utero muy sensible y doloroso, hay engrosamiento de anexos, el fondo de saco de Douglas puede tener líquido purulento y estar abombado el fondo de saco vaginal posterior. ²⁰

Tromboflebitis pélvica séptica (Infección por vía hemática): Es una complicación pélvica severa y se asocia a sepsis por anaerobios, cuando se

establece el diagnóstico generalmente es posterior a una sepsis severa y ya se ha iniciado antibioticoterapia.²⁰

Clínica: Formas de presentación

- **Flegmasía alba dolens:** Se presenta al 8^o-15^o día postparto con febrícula, mal estado general, taquicardia, dolor, edema e impotencia de la extremidad afectada. En pocos días fiebre, dolor más intenso (en pie, pierna, hueco poplíteo y cara interna del muslo), coloración blanquizca del miembro. La evolución es lenta, su mayor peligro es la embolia pulmonar.²⁰

-**Trombosis aguda de la vena ovárica.** Fuerte dolor anexial, febrícula. Puede confundirse con una anexitis puerperal. A veces produce embolismos muy graves. Puede existir masa palpable e incluso embolización a distancia. La TAC abdomino-pélvico es fundamental en el diagnóstico.²⁰

Infección de Pared Abdominal: Se presenta en un 2–16% de todos los partos por cesárea. Sobre todo entre 5 y 10 días post cirugía. Se originan por contaminación de la flora cutánea o por diseminación de gérmenes contenidos en la cavidad amniótica en el momento de la cesárea.²⁰

Mastitis puerperal: Es la infección del parénquima glandular (galactoforitis, absceso mamario), del tejido celular (absceso pre y retromamario), o vasos linfáticos (linfangitis), que sobrevienen en el puerperio como consecuencia de una contaminación bacteriana. Representa el 90% de la inflamación mamaria de la mujer joven y aparece en la segunda - tercera semana posparto del inicio de la lactancia. La etiología es siempre microbiana: estafilococo aureus, estreptococo, neumococo y colibacilo. La puerta de entrada es el pezón, a través de grietas o fisuras que se producen durante la lactancia. Los gérmenes provienen de la rinofaringe del lactante y menos frecuente de piel.²⁰

MATERIALES Y MÉTODOS

Tipo de estudio: Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal en el periodo de Mayo a Septiembre del 2013.

Área de estudio: Es el área urbana, que atiende el centro de salud de Subtiava

Población: La población a estudiar fueron todas las adolescentes embarazadas en el rango de edad de 10 años a 19 años, que asisten a sus controles prenatales en el centro de salud de Subtiava.

Universo: En total fueron 60 adolescentes embarazadas que asisten al programa de CPN en el centro de salud de Subtiava

Fuente: Primaria, ya que se entrevistó personalmente a las adolescentes embarazadas.

Instrumento de recolección: Se utilizó un formulario con preguntas cerradas para valorar conocimientos y preguntas abiertas para valorar actitudes, el cual se aplicó para obtener la información que poseen las adolescentes que asisten a sus CPN acerca del momento del parto y el puerperio. El instrumento contiene preguntas sobre aspectos socio demográfico de las adolescentes, datos para valorar los conocimientos y actitudes que tienen sobre parto y puerperio; el cual se formulará para las siguientes respuestas: Si/No y la aplicación de una escala cuantitativa de acuerdo al número de preguntas contestadas correctamente. Se utilizó un lenguaje adecuado para el nivel de las participantes. Este instrumento fue probado por las investigadoras antes de ser aplicado.

Procedimiento para recolección de datos: Las personas fueron elegidas de las listas oficiales de pacientes del centro de salud de Subtiava únicamente se escogieron adolescentes inscritas en los censos de CPN. Para recolectar la

información se visitaron las viviendas de cada una de las pacientes, explicándoles en qué consistía el estudio y la encuesta que se les realizó; luego se procedió con la aplicación del cuestionario.

Procesamiento, análisis y presentación de los datos: Se procesó la información a partir del paquete estadístico Epi- Info y se analizaron los datos a través de frecuencia y porcentaje, se valoró el grado de conocimientos de las adolescentes a través de la escala anteriormente citada y se presentaron los datos mediante tablas.

Consideraciones éticas: Se envió una carta al centro de salud de Subtiava solicitando la autorización para la realización del estudio, guardando la confidencialidad de la información, se entrevistó a la persona en privado, se respetó la opinión y conocimientos que ellas tenían del estudio, la participación fue voluntaria y se les explicó los objetivos del estudio a las pacientes

Operacionalización de las variables

#	VARIABLE	CONCEPTO	ESCALA
1	Edad	Tiempo vivido de una persona desde que nace hasta el momento presente	10-13 14-16 17-19
2	Escolaridad	Conjunto de estudios que una persona a obtenido	Primaria Secundaria Universitaria
3	Ocupación	Acción que ejerce la persona y de la cual recibe un salario.	Ama de casa Técnico Estudiante Comerciante Otra
4	Estado civil	Situación tipificada por la sociedad	Casada Soltera Viuda Divorciada Unión estable
5	Trabajo de parto	Es el proceso fisiológico que pone fin al embarazo por el cual se produce la salida desde el útero al exterior, a través del canal del parto, de un feto, vivo o muerto, seguido de sus anejos ovulares.	La panza se baja. Dolor en bajo vientre. Salida de moco o líquido vaginal. La panza se pone dura. Dolores más seguidos e intensos en el vientre.
6	Lugar del parto	Elección del lugar para parir según los factores que presenta la adolescentes	Hospital Centro de Salud Casa
7	Frecuencia de dolores de parto	Fase activa del trabajo de parto	1 en diez minutos 2 en diez minutos 3 en diez minutos
8	Momento para acudir a la unidad de salud	Fase activa del trabajo de parto	Dolor en bajo vientre. Salida de moco o líquido vaginal. Disminución de los movimientos del bebe. Dolores más seguidos e intensos en el vientre.
9	Momento de pujar	Fase activa del trabajo de parto y	SI/NO

*CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES SOBRE PARTO Y PUERPERIO DE LAS ADOLESCENTES
EMBARAZADAS QUE ATIENDE EL CENTRO DE SALUD DE SUBTAYA.*

		expulsivo	
10	Respiración	Fase activa del trabajo de parto	SI/NO
11	Respiración al momento de pujar	Fase activa del trabajo de parto y expulsivo	Respiración profunda. Respiración superficial rápida.
12	Momento que no debe de pujar	Fase activa del trabajo de parto	Cuando los dolores no sean tan fuertes. Cuando los dolores sean pocos frecuentes.
13	Momento que debe dejar de pujar	Fase activa del trabajo de parto, expulsivo y alumbramiento	Cuando el bebe saque la cabeza. Cuando salgan los hombros del bebe. Cuando el bebe salga completamente. Cuando la placenta sea expulsada.
14	Comidas durante el trabajo de parto	Fase activa del trabajo de parto	SI/NO
15	Tipos de comidas durante el trabajo de parto	Fase activa del trabajo de parto	Agua Jugos naturales Comidas blandas Frutas Tortilla con queso Semilla de jícara Pinol Comida normal Nada
16	Inicio de lactancia Materna	Apego precoz	Inmediatamente. Dos horas después de nacido. Un día después de nacido.
17	Lactancia materna no exclusiva	Lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses	SI/NO
18	Duración de la Lactancia Materna Exclusiva	Lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses	2 meses 4 meses 6 meses
19	Limpieza de ombligo del bebé	Cuidados del recién nacido	3 días 5 días 1 mes
20	Material para limpieza de ombligo	Cuidados del recién nacido	Con alcohol 100% Camíbar Yodo
21	Duración de limpieza	Cuidados del recién nacido	SI/NO
22	Aplicación de talcos y	Cuidados del recién nacido	SI/NO

*CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES SOBRE PARTO Y PUERPERIO DE LAS ADOLESCENTES
EMBARAZADAS QUE ATIENDE EL CENTRO DE SALUD DE SUBTAYA.*

	colonias al bebé		
23	Asistencia al centro de salud del bebé	Cuidados del recién nacido	8 días 15 días 1 mes
24	Alimentos para ingerir en el puerperio	periodo que comprende desde el final del parto hasta la aparición de la primera menstruación	La comida de la familia. Solo líquidos. Tortillas con cuajada o queso mas tibio
25	Alimentos que no puede ingerir en el puerperio	periodo que comprende desde el final del parto hasta la aparición de la primera menstruación	Exceso de Repollos Exceso de cebollas y ajo Bebidas negra (cola, café) Gaseosas
26	Sangrado en el puerperio	Presencia de loquios secreciones sanguinolentas no fétidas	SI/NO
27	Duración del sangrado	Presencia de loquios secreciones sanguinolentas no fétidas	2 días 15 días
28	Infección en el puerperio	Presencia de loquios secreciones sanguinolentas no fétidas	con mal olor color Oscuro o achocolatada dolor permanente en el vientre salida de pellejo fiebre
29	Sangrado anormal	infección puerperal	Mayor de 7 días Abundante Con coágulos
30	Lactancia con infección puerperal	Infección puerperal	SI/NO
31	Sangrado en el embarazo	Sangrado en la segunda mitad del embarazo	Ir al hospital Pedir ayuda a algún familiar o vecino Ir al centro de salud No hago nada
32	Dolor de cabeza en el embarazo	Signos de hipertensión en el embarazo o preeclampsia	Tomo algo para el dolor Espero que se me pase Me voy a dormir Voy al centro de salud Ir al hospital No hago nada
33	Presencia de fiebre	Signos de infección de vías urinarias	Tomo algo para la fiebre Me voy a dormir Voy al centro de salud

*CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES SOBRE PARTO Y PUERPERIO DE LAS ADOLESCENTES
EMBARAZADAS QUE ATIENDE EL CENTRO DE SALUD DE SUBTIAVA.*

			Ir al hospital No hago nada
34	Edemas en miembros inferiores Dolor abdominal	Signos de hipertensión en el embarazo o preeclampsia	Aplico algo para desinflamar Coloco los pies para arriba. Descanso un poco Espero a que se desinflamen Voy al centro de salud Ir al hospital No hago nada
35	Dolores obstetricos	Fase activa del trabajo de parto	Caminar un poco Acostarme del lado izquierdo Acostarme boca para arriba Sentarme Nada
36	Secreciones fétidas	Infección puerperal	Se aplica un ovulo de clotrimazol Ir al centro de salud Ir al hospital No hace nada
37	Actitudes ante fiebre en el puerperio	Infección puerperal	Tomo algo para la fiebre Me voy a dormir Voy al centro de salud Ir al hospital No hago nada
38	Actitudes ante edemas en miembros inferiores	Hipertensión arterial post parto	Aplico algo para desinflamar Tomo algo para el dolor Coloco los pies para arriba. Descanso un poco Espero a que se desinflamen Voy al centro de salud Ir al hospital No hago nada

RESULTADOS

TABLA 1. Características demográficas de las adolescentes embarazadas que asisten al centro de salud de Subtiava (n=60)

Características demográficas	No	%
Edad		
10 – 13	0	0
14 – 16	3	5.0
17 – 19	57	95.0
Escolaridad		
Primaria	3	5.0
Secundaria	53	88.3
Universitaria	4	6.7
Ocupación		
Ama de casa	18	30.0
Comerciante	8	13.3
Estudiante	11	18.3
Otra	23	38.3
Estado civil		
Casada	28	48.3
Soltera	11	15.5
Unión estable	21	36.3

EL 95% de las adolescentes embarazadas están en la adolescencia tardía. El 88.3% cursa algún año de secundaria. El 30% son ama de casa y solo el 18.3% de las adolescentes están estudiando. El 48.3% se encuentran casadas y el 15.5% son madres solteras.

TABLA 2a. Conocimientos de las adolescentes sobre el trabajo de parto (n=60)

Conocimientos sobre parto	No	%
Signos de trabajo de parto		
La panza se baja	60	100.0
Dolor en bajo vientre	58	96.7
Salida de moco o liquido vaginal	54	90.0
La panza se pone dura	43	71.1
Dolores más seguidas e intensos en el vientre	47	78.3
Momento para acudir a la unidad de salud		
Dolor en bajo vientre	55	91.7
Salida de moco o liquido vaginal	19	31.7
Disminución de los movimientos del bebe	7	11.7
Dolores más seguidos e intensos en el vientre	29	48.3

De los signos y síntomas del trabajo de parto solo un 78.3% respondió los dolores más seguidos e intensos en el vientre. El 91% respondió como principal síntoma para acudir a la unidad de salud para orientación o atención del parto el dolor en bajo vientre y solo un 48% los dolores más seguidos he intensos en el vientre.

TABLA 2b .Conocimientos de las adolescentes sobre el trabajo de parto (n=60)

Conocimiento sobre parto	No	%
Lugar para parir		
Hospital	59	98.3
Centro de salud	1	1.7
Frecuencia de dolores		
1 en 10 min.	3	5.0
2 en 10 min.	23	38.3
3 en 10 min.	34	56.7
Puja cuando sienta ganas de defecar		
Si	58	96.7
No	2	3.3
Respiración profunda durante el dolor		
Si	56	93.3
No	4	6.7

El 98.3% de las adolescentes respondió que el mejor lugar para parir es el hospital. El 56.7% respondió que para acudir al centro de salud deberían de tener 3 dolores en 10 min. El 96.7% de las adolescentes saben que el momento para empezar a pujar es cuando sientan ganas de defecar. El 93.3% saben que la respiración al momento del dolor debe ser profunda.

TABLA 2c .Conocimientos de las adolescentes sobre trabajo de parto (n=60)

Conocimientos sobre parto	No	%
Respiración al momento de pujar		
Profunda	19	31.0
Superficial rápida	41	69.0
No debe pujar		
Cuando los dolores sean fuertes	12	20.0
Cuando los dolores sean poco frecuentes	48	80.0
Termina de pujar		
Cuando él bebe saque la cabeza	16	26.7
Cuando él bebe salga completamente	18	30.0
Cuando la placenta sea expulsada	26	43.3
Comer durante el trabajo de parto		
Si	40	66.7
No	20	33.3
Puede comer		
Comidas blandas	49	81.7
Frutas	1	1.7
Tortillas con queso	2	3.3
Nada	8	13.3
Beber durante el trabajo de parto		
Si	46	76.6
No	14	23.3
Puede beber		
Agua	38	63.3
Jugos naturales	21	35.0
Pinol	1	1.7

El 31% no saben cómo deben de respirar al momento de pujar. El 80% de las adolescentes saben en qué momento no deben de pujar. El 43.3% conocen en que momento dejar de pujar. El 66.7% de las adolescentes respondió que si podían comer durante el trabajo de parto. El 81.7% respondió que podían ingerir comidas blandas durante el trabajo de parto. El 76.7% respondió que podían bebe durante el trabajo de parto y el 35% contesto la ingesta de jugos naturales durante el trabajo de parto.

TABLA 3a . Conocimientos de las adolescentes embarazadas sobre puerperio (n=60)

Conocimientos sobre puerperio	No	%
Inicio de lactancia		
Inmediatamente	60	100.0
Uso de pacha		
No	60	100.0
Duración de la lactancia materna exclusiva		
2 meses	1	1.7
4 meses	8	13.3
6 meses	51	85.0

El 100% de las adolescentes respondieron que una vez nacido él bebe debe amamantársele inmediatamente. El 100% respondió que no era conveniente darle pacha al recién nacido. El 85% dijo que se le debía dar lactancia materna exclusiva por seis meses.

TABLA 3b. Conocimientos de las adolescentes sobre puerperio (n=60)

Conocimiento sobre puerperio	No	%
Limpieza del ombligo		
3 días	7	11.7
15 días	51	85.0
2 meses	2	3.3
Para la limpieza del ombligo		
Alcohol al 70%	36	60.0
Camíbar	24	40.0
Limpieza diaria del ombligo		
Si	60	100.0
Uso de talcos en el recién nacido		
Si	5	8.5
No	55	91.5
Cita del bebe al centro de salud		
8 días	52	86.4
15 días	8	13.6
Alimentos en el puerperio		
La comida de la familia	48	81.4
Tortillas con cuajada o queso más tibio	12	18.6
No comer durante el puerperio		
Excesos de repollo	47	79.7
Excesos de cebolla y ajo	12	18.6
Bebidas negra (cola, café)	1	1.7
Sangrado durante el puerperio		
Si	28	47.5
No	32	52.5
Duración del sangrado		
2 días	5	8.5
15 días	55	91.5
Se considera infeccioso		
Con mal olor	32	54.2
Color oscuro o achocolatada	10	16.9
Dolor permanente en el vientre	3	3.4
Fiebre	15	25.4
Se considera anormal		
Mayor de 7 días	14	23.7
Abundante	33	55.9
Con coágulos	13	20.3
Amamantar con fiebre		
Si	8	13.6
No	52	86.4

El 85% de las adolescentes respondieron que el ombligo se le debe de limpiar al bebe por 15 días. El 60% dijo que se debía de limpiar con alcohol al 70%. El 100% afirmo que se debía de limpiar diario el ombligo. El 91% dijo que no era recomendable aplicarle colonias o talcos al recién nacido. El 86.4% respondió que se le debía llevar por primera vez al centro de salud a los 8 días. El 81.4% respondieron que después del parto podían comer la comida de la familia. El 79.7% dijo que no debían de comer excesos de repollo. El 47.5% dijo que era normal la salida de sangre después del parto. El 91.5% dijo que el tiempo máximo de este sangrado era de 15 días. El 25.4% de las adolescentes respondieron fiebre como signo de infección. El 55.9% respondieron que el principal síntoma en un sangrado post parto anormal es el sangrado abundante. El 13.6% dijo que era recomendable amamantar al bebe si la madre estaba con fiebre.

TABLA 4 .Actitudes de las adolescentes embarazadas durante el trabajo de parto (n=60)

Actitudes durante el trabajo de parto	No	%
Actitud ante un sangrado		
Ir al hospital	30	50.8
Pedir ayuda a algún familiar o vecino	10	16.9
Ir al centro de salud	20	32.3
Actitud ante cefalea		
Tomo algo para el dolor	2	3.4
Espero que se me pase	3	5.1
Voy al centro de salud	36	61.0
Ir al hospital	4	6.8
No hago nada	14	23.7
Actitud ante un síndrome febril		
Tomo algo para la fiebre	3	5.1
Voy al centro de salud	37	62.7
Ir al hospital	10	15.3
No hago nada	10	16.9
Actitud ante la inflamación de manos y pies más epigastralgia		
Coloco los pies para arriba	14	23.7
Descanso un poco	6	10.2
Espero que se desinflamen	1	1.7
Voy al centro de salud	26	44.1
Ir al hospital	12	20.3
Actitud con el aumento de la frecuencia de los dolores		
Caminar un poco	48	81.4
Acostarme del lado izquierdo	7	11.9
Acostarme boca para arriba	2	3.4
Sentarme	1	1.7
Nada	1	1.7

El 50.8% de las adolescentes acudirán al hospital si presentan sangrado antes de la fecha esperada del parto. El 6.7% ira al hospital si presenta cefalea. El 15.3% ira al hospital si presenta fiebre con escalofríos más malestar general. El 20.3% ira al hospital si se le inflaman las manos, pies y tiene dolor abdominal. El 11.9% de las adolescentes se acostaran del lado izquierdo cuando los dolores sean más fuertes y seguidos.

TABLA 5. Actitudes de las adolescentes embarazadas durante el puerperio (n=60)

Actitudes durante el puerperio	No	%
Actitud ante un sangrado infeccioso		
Se aplica un ovulo	7	11.9
Ir al centro de salud	32	54.2
Ir al hospital	20	33.9
Actitud ante un síndrome febril		
Tomo algo para la fiebre	9	15.3
Voy al centro de salud	26	44.1
Ir al hospital	15	25.4
No hago nada	9	15.3
Actitud ante la cefalea más inflamación de las manos y pies		
Tomo algo para el dolor	6	10.2
Coloco los pies para arriba	2	3.4
Descanso un poco	2	3.4
Espero que se me desinflamen	1	1.7
Voy al centro de salud	29	49.2
Ir al hospital	19	32.2

El 33.9% de las adolescentes irán al hospital si las secreciones se tornan más oscuras y fétidas. El 25.4% irán al hospital si durante el puerperio presentan fiebre con malestar general. El 32.3% ira al hospital si presenta dolor de cabeza, inflamación de los pies y malestar general durante el puerperio.

DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

Aspectos demográficos.

Los resultados de las encuesta realizadas a las adolescentes embarazadas que asisten al centro de salud de Subtiava revelaron lo siguiente: el 95% cursa en una adolescencia tardía, el 88% cursa o cuso algún año de secundaria, solo el 18% de las adolescentes continuo con sus estudios, lo que indica que más del 80% de las adolescentes abandonaron su preparación académica y el 48% se encuentran casadas. Estos resultados tienen similitud a la población estudiada por ENDESA en el 2013 en el que se encontró un mayor porcentaje de adolescentes de 18 años, escolaridad secundaria, amas de casa en su mayoría; con la diferencia que el índice de madre solteras ha disminuido a un 15% en el presente estudio.¹³

Conocimientos sobre parto.

Con respecto a los conocimientos que las adolescentes tienen sobre el trabajo de parto, según los fundamentos de obstetricia respondieron solo el 78% el principal síntoma es el aumento de la frecuencia e intensidad de los dolores. El 91% respondió como principal síntoma para acudir a la unidad de salud para orientación o atención del parto el dolor en bajo vientre y solo el 48.3% dolores más intensos y seguidos en el vientre, esto indica que las adolescentes necesitan más orientación sobre el momento en que ellas deben acudir al hospital para atención de su parto y es cuando aumente la frecuencia e intensidad de los dolores. El 98% de las adolescentes afirmaron que el mejor lugar para ir a parir es el hospital coincidiendo con lo establecido en los protocolos del MINSA sobre complicaciones obstétricas.²⁰ El 57% de las adolescentes embarazadas conocen la cantidad de dolores en 10 minutos, para acudir a la unidad de salud, lo que indican que cuando comiencen los dolores no sabrán en que momento deben irse a la unidad de salud, lo que puede ocasionar complicaciones posteriormente.

El 96% de las adolescentes saben que el momento para comenzar a pujar es cuando sientan ganas de defecar este aspecto previene complicaciones como prolongación del trabajo de parto especialmente el expulsivo y trastornos como hipoxias en el recién nacido por un trabajo de parto bien prolongado como se revelo en un estudio realizado en la universidad de la Sabana.¹⁹ El 93% sabe que la respiración al momento del dolor debe ser profunda saben cómo deben respirar al momento del dolor. El 31% no sabe cómo debe respirara al momento de pujar que puede causar disminución de la fuerza de los pujos al momento de pujar y poco oxigenación del bebe en este periodo según lo encontrado en los fundamentos de obstetricia.⁵ El 80% de las adolescentes saben en qué momento no deben de pujar. El 43% conocen en que momento dejar de pujar.

El 81% de las adolescentes opinan que deben ingerir comidas blandas durante el trabajo de parto, según estudios que se han realizado en las adolescentes en trabajo de parto el 50% ha presentados síntomas de hipoglicemia ya que las necesidades energéticas de las adolescentes en el trabajo de parto es igual que al realizar ejercicio y la glucosa es la principal fuente de energía durante el trabajo de parto, tanto para la mujer como para el feto.²⁴

Conocimiento sobre puerperio.

La lactancia materna exclusiva es el mejor alimento que se le puede dar al recién nacido en esta etapa y lo que lo sustentara durante los primeros meses de vida según estudios realizados por la universidad de Veracruz²³ a lo que el 100% de las embarazadas respondieron que se debía iniciar la lactancia después del nacimiento. El 100% no está de acuerdo con el uso de pajas en el recién nacido apoyando los principios de una lactancia materna exclusiva. El 85% respondió que la lactancia deber ser exclusiva durante seis meses.

La higiene del recién nacido es un aspecto muy importante principalmente el cuidado y la limpieza del muñón umbilical, se debe realizar preferiblemente con el cambio del pañal del bebe y hasta que este se caiga²³ el 85% de las adolescentes respondió que debía ser por 15 días y que debía limpiarse con

alcohol al 70%. El 100% afirmo que la limpieza del ombligo debía ser diaria. El uso de colonias directamente en la piel ocasionara irritación o problemas dermatológicos en el bebe y el uso de talcos puede desencadenar reacciones alérgicas ²³ el 91% de las adolescentes no está de acuerdo con el uso de colonias o talcos en el recién nacido. El 81% de las adolescentes comerían porciones de proteínas, carbohidratos en todas sus formas que aportan los suficientes nutrientes que una puérpera necesita.

La salida de sangre o loquios durante el puerperio es un dato que toda adolescente debe conocer y la duración de la salida de este material, el 47% de las adolescentes respondieron que era normal la salida de sangre después del parto. El 91% afirmo que este sangrado duraría 15 días lo que equiva a que un pequeño porcentaje considera normal la presencia de loquios y un gran porcentaje conoce la duración del sangrado pero no sabe si es normal o no.

El 25% de las adolescentes respondieron fiebre como signo de infección un porcentaje muy bajo identifica la fiebre como signo principal de una infección puerperal. El 55% respondieron que el principal síntoma de un sangrado post parto anormal, el sangrado abundante. Según las normas del MINSA la lactancia materna no debe omitirse por la presencia de fiebre y solo el 13% dijo que era recomendable amamantar al bebe si la madre estaba con fiebre. ²⁰

Actitudes durante el trabajo de parto y puerperio

El 11% de las adolescentes saben que van hacer y donde acudir cuando los dolores aumenten de intensidad y sean más seguidos lo que puede ocasionar serias complicaciones tanto para el bebe como para la madre en el 89% que no sabe qué actitud seguir en ese momento.

Según los estudios realizados por la OMS en adolescentes centroamericanas el 1% de estas adolescentes a muerto por infecciones puerperales ²⁴ según los resultados encontrados el 60% de las adolescentes respondió correctamente identificando los síntomas de un sangrado anormal y de uno infecciosos, disminuyendo las probabilidades de mortalidad materna por

infecciones puerperales pero hay que trabajar más en esta área. El 33% de las adolescentes al identificar los síntomas de infección saben dónde deben acudir para recibir atención médica, representa un pequeño porcentaje por lo que hay mucha deficiencia con respecto a la toma de decisiones de cuál es el mejor lugar para recibir atención médica en esta situación.

El 3% de las adolescentes centroamericanas estudiadas por la OMS presentaron IVU complicada durante el puerperio ²⁴ el 25% de las adolescentes estudiadas en el presente trabajo conocen los síntomas de infección de vías urinarias como signo de alarma y saben dónde acudir. El porcentaje de hipertensión en las adolescentes durante el puerperio según los estudios realizados por la OMS en adolescentes centroamericanas fue del 3%²⁴ en el presente trabajo el 32% de las adolescentes saben a dónde acudir si presentan dolor de cabeza, inflamación de manos y pies más malestar general signos de hipertensión, buscarán ayuda en el hospital, estos resultados predisponen a complicaciones que amenazan la vida de la madre durante este periodo ya que todos estos síntomas son emergencias y deben de atenderse en una unidad hospitalaria.

Limitaciones del estudio.

Por el poco tiempo con que contábamos y el tipo de estudio se escogió una muestra pequeña, esto nos limitó la variedad en los porcentajes de los resultados, se presentó dificultad para recoger la muestra ya que fue una fuente primaria y teníamos que ir casa por casa en busca de las adolescentes y estas muchas veces no se encontraban en las casas o tenían poca disposición para colaborar. Además que el tipo de estudio que realizamos requiere una encuesta con un gran número de preguntas para abarcar los temas más interesaban.

Fortalezas del estudio.

Consideramos que nuestro trabajo tiene un mínimo o nulo porcentaje de sesgos ya que las adolescentes contestaban personalmente la encuesta, y esta era de carácter confidencial, no tuvimos influencia de fuentes secundarias únicamente lo que las adolescentes conocían en ese momento. De tal modo que aunque fue un grupo pequeño de población tiene mucha credibilidad por que las adolescentes contestaron según sus conocimientos previos y según se experiencia ya que algunas de ellas ya habían finalizado su embarazo.

Relevancia de estudio para las autoridades de salud.

Consideramos que el presente estudio puede servir para reforzar las consultas de los CPN en las unidades de salud, haciendo énfasis en los principales signos y síntomas del trabajo de parto o dando cursos de psicoprofilaxis en las adolescentes embarazadas, explicar de manera clara los signos de alarma y peligro tanto en el embarazo como durante el puerperio.

CONCLUSIONES

De acuerdo a los análisis antes mencionados hemos llegado a las siguientes conclusiones:

- De las adolescentes entrevistadas predominan en adolescencia tardía, escolaridad secundaria, son amas de casa pocas continuaron sus estudios y se encuentran en una relación estable.
- Tienen buenos conocimientos sobre signos y síntomas del trabajo de parto con déficit al momento de pujar, están de acuerdo con ingerir comidas blandas durante el trabajo de parto.
- Poseen buenos conocimientos sobre lactancia y cuidados del recién nacido además de algunos signos clínicos durante el puerperio pero pobre conocimientos sobre alimentación durante el puerperio secundario a costumbres inculcadas por sus madres.
- Pueden identificar los signos de alarma durante el puerperio y datos de sepsis puerperal pero solo un pequeño porcentaje tendrá una buena actitud ante estos eventos.
- La mayoría de las adolescentes entrevistadas refieren actitudes equivocadas sobre signos de peligros durante el embarazo y puerperio, de tal manera que solo un pequeño porcentaje de estas evitarán complicaciones al acudir tempranamente a la unidad de salud.

RECOMENDACIONES

- Que el centro de salud implemente programas de capacitaciones a las adolescentes embarazadas sobre tema como embarazo, complicaciones durante el embarazo y puerperio sus signos de alarma, atención al recién nacido y la lactancia materna exclusiva.
- Mejorar la calidad de los CPN en el centro de salud garantizando que se brinde la información necesaria en cada consulta sobre signos de alarma tanto en embarazo y puerperio.
- Que se organizaran clubes de adolescentes embarazadas donde ellas puedan interactuar entre ellas contando sus propias experiencias durante el embarazo y la forma en que la información de los CPN a ayudado a cursar con un buen embarazo.
- Capacitar tanto a médicos generales como médicos en servicio social acerca de estos temas para que puedan brindar mejores controles prenatales y mejor información a las adolescentes.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. OMS. 2009. Embarazo en adolescentes: un problema culturalmente complejo. Boletín de la Organización Mundial de la Salud. Volumen 87. Páginas 405-408. Consultado el 28 de marzo de 2014.
2. Maddaleno; M. Salud y desarrollo de adolescentes y jóvenes en Latinoamérica y El Caribe: Desafíos para la próxima década. México. Volumen 45. suplemento 1 de 2003.
3. Fernández; C. Brugos; A. Sánchez; E. El riesgo de embarazo en la adolescencia. Atención Primaria. La Habana. Cuba. 2008; 9 (2); 42-54.
4. Pick; S. Planeando tu vida. 10ma edición. 2008. México; Grupo Editorial Planeta: 28- 31 y 137.
5. Bajo; J. Melchor; C. Mercé; T. Fundamentos de obstetricia (SEGO). Madrid. Edición Gráficas Marte. Abril 2007.
6. Rigol; R. Obstetricia y Ginecología. La Habana. Editorial Ciencias Médicas. 2004.
7. Palau; M. Embarazo en la adolescencia. Atención Primaria. Barcelona. 2009; 9 (6): 10-12.
8. Issler; J. Embarazo en la adolescencia. Revista de posgrado de la de la VI cátedra de Medicina. Santiago de Chile. 2001; 107; 11-23.
9. Mariachiara; C. Fecundidad adolescente en los países desarrollados. Niveles, tendencias y políticas. Santiago de Chile. ONU CEPAL. Diciembre. 2017.
10. Bernal; S. Olivares; C. Embarazo en la adolescencia. México. Nueva Síntesis. 2001.
11. Suzana; C. Comportamiento reproductivo y fecundidad en América Latina. Una agenda inconclusa. 1ª edición. Río de Janeiro Brasil. ALAP. 2014.
12. García J. Manual de atención y consejería para adolescentes. Granada. Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria. 2015.

13. Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud 2011/2012. Informe Preliminar. Managua. MINSA. Junio 2013.
14. Apoyo a los servicios de salud reproductiva y planificación familiar MINSA-UNFPA. Nicaragua 2010.
15. Carmona; M. Hurtado; Y. Marín; G. Propuesta de un programa sobre autocuidado en salud, dirigido a adolescentes embarazadas usuarias de la consulta prenatal del Hospital Distrital Bejuma. Estado Carabobo. 2007.
16. Alfaro; O. Planificación familiar y algunas perspectivas de embarazo en adolescentes. Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales. León. 2000. Leon UNAN- LEON 2001 (Tesis para optar al título de especialista en gineco-obstetricia.)
17. Morales; C. Orozco; Q. Sequeira; C. Uso de Métodos Anticonceptivos en adolescentes usuarias del servicio Gineco Obstetricia, Hospital Regional Asunción I trimestre Enero- Abril 2007. Juigalpa, Chontales. UNAN - CUR – CHONTALES. 2007
18. Meacham; D. Sexualidad y salud reproductiva del adolescente: El desafío del 2000. La Habana Cuba. Revista Cubana.2012; 50(2).
19. Alba; A. Baena; A. Jaramillo; C. Luque; L. Quiroga; C. Complicaciones clínicas del embarazo en adolescentes: una investigación documental. Facultad de Medicina. Universidad de la Sabana, Chía, Colombia. 10 de Agosto del 2012.
20. MINISTERIO DE SALUD Dirección General de Servicios de Salud. Normas y Protocolos para la Atención de las Complicaciones Obstétricas. MINSA. Dic. 2013.
21. Schwarcz; L. Duverges; C. Díaz; G. Fecina; H. Fundamentos de Obstetricia. 3ª edición. Buenos Aires, Argentina. Editorial El Ateneo. 2008.
22. Revista Cubana Medicina General Integral. Embarazo en adolescencia y conocimientos sobre sexualidad. La Habana Volumen 19. Número 6. Diciembre. 2003.

23. Sánchez; A. Conocimientos de las adolescentes embarazadas sobre cuidados del recién nacido. Facultad de enfermería. Universidad Veracruz, México. 2014.
24. Madres adolescentes. Encuesta Nacional sobre la Dinámica Demográfica de México 2009.

ANEXO

Encuestas sobre conocimientos y actitudes de las adolescentes embarazadas sobre parto y puerperio

El siguiente cuestionario consta con un total 40 preguntas de selección múltiple en el que podrá marcar una respuesta por pregunta, con el fin de valorar los conocimientos previos que poseen sobre el momento del parto y la etapa del puerperio y las actitudes en cada uno de estos periodos.

DATOS SOCIODEMOGRAFICOS

1. Edad_____
2. Escolaridad: Primaria___ Secundaria___ Universitaria___
3. Ocupación: Ama de casa___ Técnico___ Estudiante___ Comerciante___ Otra___
4. Estado civil: Casada___ Soltera___ Viuda___ Divorciada___ Unión estable___

CONOCIMIENTOS SOBRE EL MOMENTO DEL PARTO

5. Cuando considera que una embarazada esta en Trabajo de parto

- a. La panza se baja.
- b. Dolor en bajo vientre
- c. Salida de moco o líquido vaginal
- d. Disminución de los movimientos del bebe
- e. La panza se pone dura
- f. Dolores más seguidos e intensos en el vientre

6. Conoce cuál es el mejor lugar para parir

- a. Hospital
- b. Centro de Salud
- c. Casa

7. Conoce que tan frecuentes deben ser los dolores para acudir al centro

- a. 1 en diez minutos
- b. 2 en diez minutos
- c. 3 en diez minutos

8. En qué momento del trabajo de parto debe acudir a la unidad de salud para recibir orientación o atención

- a. Dolor en bajo vientre
- b. Salida de moco o líquido vaginal
- c. Disminución de los movimientos del bebe
- d. Dolores más seguidos e intensos en el vientre

9. Debe comenzar a pujar cuando sienta ganas de defecar SI ___ NO ___

10. Debe ser profunda la respiración al momento del dolor SI ___ NO ___

11. Como de ser la respiración al momento de pujar

- a. Respiración profunda
- b. Respiración superficial rápida

12. Conoce cuando no debe de pujar

- a. Cuando los dolores sean fuertes
- b. Cuando los dolores sean pocos frecuentes

13. En qué momento debe dejar de pujar

- a. Cuando el bebe saque la cabeza
- b. Cuando salgan los hombros del bebe
- c. Cuando el bebe salga completamente
- d. Cuando la placenta sea expulsada

14. Conoce si puede comer durante el trabajo de parto SI ___ NO ___

15. Conoce que debe comer durante el trabajo de parto

- a. Comidas blandas
- b. Frutas
- c. Tortilla con queso
- d. Comida normal
- e. Nada

16. Conoce si puede beber durante el trabajo de parto SI ___ NO ___

17. Conoce que debe beber durante el trabajo de parto

- a. Agua
- b. Jugos naturales
- c. Semilla de jícara
- d. Pinol

CONOCIMIENTOS SOBRE PUERPERIO

18. Una vez nacido el bebe cuando se le debe amantar

- a. Inmediatamente
- b. Dos horas después de nacido
- c. Un día después de nacido

19. Es recomendable darle pacha al recién nacido SI ___ NO ___

20. Cuantos meses debe ser exclusivamente amamantado el bebe

- a. 2 meses
- b. 4 meses
- c. 6 meses

21. Por cuánto tiempo debe limpiarle el ombligo al niño

- a. 3 días
- b. 5 días
- c. 2 meses

22. Con que debe limpiar el ombligo del bebe

- a. Con alcohol 70%
- b. Camíbar
- c. Yodo
- d. agua y jabón

23. Con que frecuencia debe limpiarle el ombligo diario SI ___ NO ___

24. Puede aplicarle colonias talcos a los recién nacidos SI ___ NO ___

25. A los cuantos días debe llevar al bebe al centro de salud una vez nacido

- a. 8 días
- b. 15 días
- c. 1 mes

26. Que puede ingerir después del parto

- a. La comida de la familia
- b. Solo líquidos
- c. Tortillas con cuajada o queso mas tibio

27. Que no puede comer después del parto

- a. Exceso de Repollos
- b. Exceso de cebollas y ajo
- c. Bebidas negra (cola, café)

28. Es normal la salida de sangre después del parto SI ___ NO ___

29. Cuanto es el tiempo máximo de sangrado postparto normal

- a. 2 días
- b. 15 días

30. Cuando se considera que el sangrado postparto es infeccioso

- a. Con mal olor
- b. Color Oscuro o achocolatada
- c. Dolor permanente en el vientre
- d. Fiebre

31. Cuando el sangrado es anormal

- a. Mayor de 7 días
- b. Abundante
- c. Con coágulos

32. Es recomendable amamantar al bebe si usted está con fiebre SI ___ NO ___

ACTITUDES DURANTE EL TRABAJO DE PARTO

33. Si presenta dolor y sangrado antes de la fecha esperada del parto que haría

- a. Ir al hospital
- b. Pedir ayuda a algún familiar o vecino
- c. Ir al centro de salud
- d. No hago nada

34. Si presenta dolor de cabeza

- a. Tomo algo para el dolor
- b. Espero que se me pase
- c. Me voy a dormir
- d. Voy al centro de salud
- e. Ir al hospital
- f. No hago nada

35. Si tengo fiebre con escalofríos más malestar general

- a. Tomo algo para la fiebre
- b. Me voy a dormir
- c. Voy al centro de salud
- d. Ir al hospital
- e. No hago nada

36. Si se me inflaman las manos y los pies con dolor abdominal:

- a. Aplico algo para desinflamar
- b. Coloco los pies para arriba
- c. Descanso un poco
- d. Espero a que se desinflan
- e. Voy al centro de salud
- f. Ir al hospital
- g. No hago nada

37. Que debe hacer cuando los dolores sean fuertes y seguidos:

- a. Caminar un poco
- b. Acostarme del lado izquierdo
- c. Acostarme boca para arriba
- d. Sentarme
- e. Nada

ACTITUDES DURANTE EL PUERPERIO

38. Que hace si las secreciones se tornan más oscura y son fétidas:

- a. Se aplica un ovulo de clotrimazol
- b. Ir al centro de salud
- c. Ir al hospital
- d. No hace nada

39. Si presenta fiebre después del parto con malestar general:

- a. Tomo algo para la fiebre
- b. Me voy a dormir
- c. Voy al centro de salud
- d. Ir al hospital
- e. No hago nada

40. Si presenta dolor de cabeza inflamación de los pies y malestar en general:

- a. Aplico algo para desinflamar
- b. Tomo algo para el dolor
- c. Coloco los pies para arriba
- d. Descanso un poco
- e. Espero a que se desinflamen
- f. Voy al centro de salud
- g. Ir al hospital
- h. No hago nada