



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE CHIAPAS

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

CAMPUS II

NOVENO MODULO

CICLO ENERO-JUNIO 2014



***"ATENCIÓN PRENATAL EN MUJERES ADOLESCENTES  
EMBARAZADAS"***

**INVESTIGADORES:**

VÁZQUEZ PEREIRA IRENE

VELASCO MORALES JOSE ALEJANDRO

VELASCO MORALES PAULINA ISABEL

VERA RIVAS YUSMARA YESCELI

ZEPEDA PALACIOS FLAVIO AMED

ZENTENO PEREZ TANIA LORENA

**ASESOR DE LA INVESTIGACIÓN**

DR. AHMAD SOLTANI-DARANI

## **INDICE**

<b>PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....</b>	<b>3</b>
<b>PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN.....</b>	<b>4</b>
<b>OBJETIVO GENERAL:.....</b>	<b>4</b>
<b>OBJETIVOS ESPECÍFICOS:.....</b>	<b>4</b>
<b>JUSTIFICACIÓN.....</b>	<b>5</b>
<b>HIPÓTESIS.....</b>	<b>7</b>
<b>MARCO TEORICO.....</b>	<b>8</b>
<b>ADOLESCENCIA Y SEXUALIDAD.....</b>	<b>8</b>
<b>EL EMBARAZO ADOLESCENTE.....</b>	<b>10</b>
<b>ATENCIÓN PRENATAL.....</b>	<b>17</b>
<b>PREVENCIÓN DEL EMBARAZO ADOLESCENTE.....</b>	<b>25</b>
<b>DISEÑO METODOLÓGICO.....</b>	<b>27</b>
<b>HERRAMIENTA METODOLOGICA.....</b>	<b>27</b>
<b>UNIVERSO Y MUESTRA:.....</b>	<b>27</b>
<b>CRITERIOS:.....</b>	<b>28</b>
<b>VARIABLES.....</b>	<b>29</b>
<b>ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN:.....</b>	<b>30</b>
<b>ASPECTOS ADMINISTRATIVOS:.....</b>	<b>30</b>
<b>ACTIVIDADES A REALIZAR.....</b>	<b>31</b>
<b>CAPTURA Y ANÁLISIS DE LOS DATOS.....</b>	<b>31</b>
<b>CRONOGRAMA.....</b>	<b>32</b>
<b>BIBLIOGRAFÍA.....</b>	<b>33</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>35</b>

## **ATENCION PRENATAL EN MUJERES ADOLESCENTES EMBARAZADAS**

### **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

La salud reproductiva es el estado de completo bienestar físico, mental y social y no meramente la ausencia de enfermedad o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo, sus funciones y procesos, para que las personas sean capaces de llevar una vida sexual segura y satisfactoria y tener acceso a métodos de regulación de la fecundidad seguros, efectivos, sostenibles y aceptables.

El 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. La primera consulta es muy especial, porque la paciente debe vencer la timidez de estar frente al médico, permitirá aclarar dudas y temores respecto al embarazo; se tendrá que salir de la duda si es que la paciente está embarazada o no. (Barrios A., 2007)

El embarazo adolescente es aquel que se produce entre los 11 y 19 años de edad según la OMS los problemas educativos que se centran en los hechos sobre reproducción y la anticoncepción aumente el conocimiento pero muestran efectos inconscientes y no concluyentes sobre la conducta sexual y el uso de anticonceptivos. Las causas del embarazo adolescente y el tener que criar a los hijos se pueden enraizar en la conducta que refleja el estado psicológico de la madre; también influye la conducta de los padres y la falta de supervisión. Por lo tanto el embarazo debe ser un deseo consciente y responsable de procrear ya que si no se lleva un control prenatal adecuado por ejemplo, el hecho de consumir drogas legales o ilegales, el maltrato físico de la embarazada puede provocar un daño fetal o inducir al aborto. (Villar J, Bergsjo P,2003)

Por eso nos proponemos investigar ¿Cuántas adolescentes embarazadas entre 11 y 19 años llevan un control prenatal en el hospital Dr. Rafael Pascasio Gamboa en la ciudad de Tuxtla Gutiérrez Chiapas en el ciclo escolar enero-junio del 2014?

## **PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN**

¿Cuál es el número de adolescentes embarazadas entre 11 y 19 años que llevan un control prenatal?

¿Cuál es el número de gestas en las adolescentes embarazadas?

¿Cuál es la edad con mayor índice de embarazos adolescentes y si llevan un control prenatal?

¿Cuáles son los motivos por el cual las adolescentes embarazadas van a consulta?

## **OBJETIVO GENERAL:**

- Determinar el número de adolescentes embarazadas entre 11 y 19 años que llevan un control prenatal en el hospital Dr. Rafael Pascasio Gamboa.

## **OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

- Determinar la edad con mayor índice de embarazos adolescentes.
- Determinar la edad con mayor índice de embarazos adolescentes que lleva un control prenatal.
- Identificar los motivos principales de consulta de las adolescentes embarazadas.

## JUSTIFICACIÓN

El concepto de pubertad se celebra como un reconocimiento de que el niño está iniciando la transición, no únicamente hacia la adultez sino hacia la paternidad potencial ya que la sexualidad se convierte en parte activa. Sin embargo culturalmente se visualiza a la sexualidad como “algo malo” y los adolescentes tienen ideas vagas y distorsionadas, con frecuencia no esperan quedar embarazados después de una relación sexual, son naturalmente impulsivos y es menos probable que actúen en forma planeada como los adultos y que acudan a los servicios de salud posteriormente.

El embarazo en cualquier edad constituye un hecho biopsicosocial muy importante, pero la adolescencia conlleva a una serie de situaciones que pueden atender tanto contra la salud de la madre como la del hijo, y constituirse en un problema de salud, que debe ser considerado solamente en términos del presente, sino del futuro, por las complicaciones que acarrea. La mortalidad relacionada con la reproducción (materna, fetal tardía, neonatal infantil) presenta tasas más altas en las madres menores de 20 años y mayores de 35. (Aycardo Tinajero Montserrat, 2008)

Las adolescentes menores de 16 años corren un riesgo de defunción materna cuatro veces más alto que las mujeres de 20 a 30 años, y la tasa de mortalidad de sus neonatos es aproximadamente un 50% superior, según el consultor en salud de los adolescentes James E. Rosen, que está a cargo de un estudio de investigación del departamento de Reducción de los riesgos del embarazo de la OMS. Los expertos en salud convienen en que las adolescentes embarazadas requieren atención física y psicológica especial durante el embarazo, el parto y el puerperio para preservar su propia salud y la de sus bebés. Se estima que 16 millones de niñas de edades comprendidas entre los 15 y los 19 años dan a luz cada año, y un 95% de esos nacimientos se producen en países en desarrollo, según el estudio realizado por Rosen. Esto representa el 11% de todos los nacimientos en el mundo. Sin embargo, los promedios mundiales ocultan importantes diferencias regionales. Los partos en adolescentes como porcentaje de todos los partos oscilan entre alrededor del 2% en China y el 18% en América Latina y el Caribe. En todo el mundo, siete países representan por sí solos la mitad de todos los partos en adolescentes: Bangladesh, Brasil, la República Democrática del Congo, Etiopía, la India, Nigeria y los Estados Unidos de América (OMS, junio 2009).

En México el embarazo no planeado es una de las amenazas para el desarrollo integral de los y las adolescentes, ya que esta situación no esperada pone en peligro la salud de la mujer y retrasar o suspender los procesos de capacitación

para la vida y para el trabajo productivo. Si bien el ejercicio de la sexualidad es un derecho humano, este debe de hacerse con responsabilidad para uno mismo, la pareja y los hijos presentes y futuros. Se estima que durante el año 2000 ocurrieron en el país cerca de 366 mil nacimientos de madres de 15 a 19 años, lo que representa el 17% del total de nacimientos y una tasa específica de fecundidad de 70.1 por mil mujeres de ese grupo de edad. A pesar de que durante los últimos seis años el número de nacimientos se redujo en poco más del 10%, la prevención del embarazo no planeado en las adolescentes continúa siendo un desafío prioritario en salud reproductiva.

Buscar y obtener asesoría, consejería y servicios en materia se vuelven muy difíciles para un adolescente sin experiencia y generalmente están dirigidos a la mujer y no al varón. Mientras los riesgos de enfermedad y muerte para la madre adolescente y su hijo son mayores mientras más joven es la madre en especial cuando el cuidado de la salud es inferior o ideal.

La disminución de los riesgos en la madre adolescente y del hijo depende del enfoque que se le brinde al embarazo adolescente desde la familia, la comunidad y los educadores, puede proporcionar un desenvolvimiento apto para el adolescente si no está bien orientado. (Aycardo Tinajero Montserrat, 2008)

Según la Norma Oficial Mexicana (NOM-007-SSA-1993) recomienda que la mujer embarazada de bajo riesgo tenga, como mínimo, cinco consultas prenatales que, preferentemente, deben iniciarse en la decimosegunda semana de embarazo. Por tal razón es necesario poner especial atención el tener y llevar un control prenatal en el embarazo adolescente. (NOM. 007-SSA2-1993)

La razón de realizar este protocolo de investigación radica en la necesidad de datos actualizados, fidedignos y sin sesgos para mantener una perspectiva activa de la presencia de madres adolescentes y la necesidad de llevar un control prenatal específicamente en ella. Con el objetivo de contar con datos relevantes sobre el comportamientos de nuestras variables de estudio en el presente y tendencias futuras. El conocimiento es relevante social, personal y académicamente ya que las conductas sexuales precoces de los adolescentes plantean un nuevo sistema de salud donde se tienen que tomar en cuenta el rol de hombres y mujeres adolescentes en la paternidad.

La presente investigación se cuenta con la factibilidad y viabilidad de realizar ya que contamos con el apoyo de la Facultad de medicina, con la participación de nuestro asesor en investigación y con el compromiso ético y académico de los investigadores.

## **HIPÓTESIS**

Las adolescentes embarazadas se presentan con mayor frecuencia en el rango de edad de 15-17 años, las cuales solo un 30% llevan un control prenatal por conocimiento e información sobre los riesgos y beneficios de llevarlo.

## MARCO TEORICO

### ADOLESCENCIA Y SEXUALIDAD

Una de las características fundamentales del ser humano es el hecho de vivir en sociedad. Para satisfacer sus necesidades biológicas, psicológicas y sociales las personas requieren participar y actuar dentro de diferentes grupos sociales. De estos grupos resalta por su importancia la familia, considerada como el núcleo primario y fundamental para promover la satisfacción de las necesidades humanas básicas, y sobre todo de los hijos quienes por su carácter dependiente ahí encuentran respuesta a sus carencias. En ella reciben la educación necesaria para transformarse en adultos independientes. En épocas anteriores, los hijos vivían en familia con un rol claramente determinado por su sexo: el varón sería el sustituto del padre y la mujer ayudaría en las tareas domésticas. Cuando dejaban de ser niños, se les consideraba adultos y desempeñaban el papel que tenían asignado.

Para el joven de las sociedades tribales, basadas en sólidas tradiciones, la incorporación al mundo de los adultos se efectúa a través de ritos de iniciación generalmente dolorosos y peligrosos, pero aceptados de buen agrado porque no hay otra forma de conquistar los privilegios del adulto. Una vez superados, el resto de la tribu entiende que la persona en cuestión posee las capacidades y cualidades de adulto y como tal se le trata. Los jóvenes inmersos en esas sociedades saben exactamente qué se espera de ellos y lo siguen sin protestar. Con la llegada de la industrialización, la familia sufrió transformaciones al pasar a vivir a los centros urbanos. El padre se integra como trabajador a la fábrica y la madre es la encargada de cuidar el hogar y a los hijos. Por su parte los hijos no tienen una función social definida, sino que, llegado el momento, requieren integrarse a la vida productiva de la sociedad, pero el acceso al papel de adulto(a) no se consigue mediante un rito de iniciación, sino que será un proceso lento y casi siempre difícil.

La aparición de la pubertad indica al/la joven que ya no es niño(a), pero la sociedad tampoco lo reconoce como adulto. No ha abandonado por completo la infancia y tampoco puede enfrentar de lleno las demandas de adulto. La adolescencia en las sociedades urbanas es un periodo que se caracteriza por su larga duración, su indeterminación, por la fuerte carga de conflicto y por la asincronía entre la madurez sexual y la psicosocial. Biológicamente el/la adolescente es prácticamente un(a) adulto(a), tiene la capacidad para reproducirse y puede pensar en términos de adulto, sin embargo, socialmente no es niño(a) pero tampoco tiene un lugar en el mundo de los adultos, y pasará un

largo tiempo antes de que se le permita insertarse en la vida productiva y ser autosuficiente. La resolución de la adolescencia se da cuando el/la joven ha logrado definir una manera de pensar, sentir y actuar más o menos estable que le permite autonomía personal y adaptación social. La adolescencia es el periodo crucial del ciclo vital en el que los individuos toman una nueva dirección en su desarrollo, alcanzan su madurez sexual, se apoyan en los recursos psicológicos y sociales que obtuvieron en su crecimiento previo y asumen para sí las funciones que les permiten elaborar su identidad y plantearse un proyecto de vida propio. Durante esta etapa los/las jóvenes experimentan cambios en diferentes planos. En primer lugar alcanzan la madurez física y la capacidad reproductiva, así mismo, su desarrollo intelectual les permite elaborar juicios críticos y pensamientos abstractos, por otro lado aumenta su responsabilidad social puesto que ya no tienen la continua vigilancia de los padres en su actuación social.

Precisan también acomodar su sexualidad, “aún infantil”, con la sexualidad de los adultos. Finalmente, tendrán que buscar su independencia económica y autonomía personal. Durante la adolescencia los/las jóvenes se identifican más claramente con su sexo y consolidan su identidad de género al observar los roles que desempeñan los adultos como hombre o mujer. Esta identificación incluye comprender y aceptar la propia existencia como hombre o mujer así como los roles, valores, deberes y responsabilidades propios de ser hombre o mujer. Nuevas relaciones sociales se establecen entre los/las jóvenes y entre los adultos y los/las jóvenes, tanto dentro como fuera de la familia. Así mismo, surge la capacidad de pensamiento abstracto, la atracción sexual, la respuesta sexual, los sentimientos eróticos y amorosos propios de los adultos, se define la preferencia sexual y se inicia la búsqueda de pareja. Consolidar la sexualidad para su vida como adulto, es una tarea clave en el desarrollo de los/las adolescentes. Para lograrlo requieren de la integración de factores físicos, psicológicos, sociales, culturales, educativos y morales. En las especies animales la sexualidad está al servicio exclusivo de la reproducción, solamente en los humanos la sexualidad, además de la función reproductora, permite dar y recibir amor y placer, así como cumplir una función social en términos de los roles de género asignados para hombres y mujeres. La sexualidad se expresa de forma diferente conforme transcurre el desarrollo de el/la niño(a).

Podemos concluir que la adolescencia es la etapa de transición entre la niñez y la edad adulta, comprendida entre los 11 y 19 años, durante la cual se presenta la madurez sexual. Comúnmente se hace referencia a la adolescencia como el periodo de ajuste psicosocial del joven en su paso de niño a adulto y se aplica el término pubertad para definir los cambios correspondientes al crecimiento y

maduración sexual. Sin embargo, estos límites no están definidos y ambas situaciones se corresponden. (FRENK, Julio 2003)

## **EL EMBARAZO ADOLESCENTE**

El embarazo adolescente, generalmente no planificado y no deseado, supone un impacto negativo sobre la condición física, emocional y económica de la joven, además de condicionar, definitivamente, su estilo de vida, por lo que constituye para las jóvenes que resultan embarazadas un problema más social que médico. Diferentes estudios han puesto de manifiesto que el embarazo adolescente es un embarazo no deseado, observándose variaciones según el entorno sociocultural analizado y así, en nuestro país se considera que alrededor del 60-70% de los embarazos adolescentes son no deseados mientras que en Estados Unidos este porcentaje alcanza el 95%.

Las cifras de embarazo adolescente son verdaderamente preocupantes constituyendo un problema que afecta, no sólo a los países en vías de desarrollo, sino a las sociedades más desarrolladas. En nuestro país existen importantes diferencias, en cuanto a las cifras absolutas del número de embarazos, entre las diferentes Comunidades Autónomas pero no obstante parece existir un factor común a todas ellas: la tasa de embarazo adolescente se mantiene, más o menos, estable observándose una cierta tendencia a su disminución y un incremento del número de interrupciones voluntarias del embarazo (IVE).

En EEUU, donde la tasa de embarazo adolescente es una de las mayores de los países desarrollados, se estimaba en 1992, que se producían 112 embarazos por cada 1000 mujeres de 15 a 19 años, de los que 61 finalizaban en parto, 36 en IVE y 15 en aborto espontáneo. Datos más recientes, publicados en 1998, sitúan la tasa de embarazo en un 10%, con un 50% de IVE. En España, por el contrario, y según datos de 1994, la tasa de embarazo, por mil, del grupo de mujeres de 15 a 19 años es de 12,39, lo que representa una cifra muy inferior a la que tienen en EEUU. Las diferencias entre Comunidades Autónomas son importantes y así mientras que en Navarra la tasa de embarazos por mil mujeres de 15-19 años es de 3,97, en Canarias alcanza el 20,59. La tasa de embarazo en estas mismas Comunidades, 7 años antes, en 1987, era bastante superior a la que acabamos de referir y así, en Navarra era de 9,63 y en Canarias de 28,31. Estas diferencias pueden ser explicadas al analizar las causas del embarazo adolescente. Según esta misma autora el porcentaje de embarazos no deseados entre las adolescentes alcanza, en España, el 89% en 1994, dato que resulta preocupante y

que explica la alta tasa de IVEs que se producen en este grupo de edad. (Aycardo Tinajero Montserrat, 2008)

En términos generales, el embarazo a cualquier edad es un evento psicosocial sumamente importante (Monroy, 1998), y muchas veces se ve matizado de situaciones adversas que pueden atentar contra las embarazadas y su producto potencial. Entre ellas se han observado condiciones psicosociales de pobreza, poco apoyo social y familiar, así como problemas de salud, pues muchas embarazadas son portadoras de enfermedades sistémicas o crónicas degenerativas que se manifiestan o complican con el embarazo como son: la hipertensión arterial, la diabetes y otras enfermedades metabólicas; enfermedades carenciales como desnutrición y anemia; enfermedades neoplásicas, además de enfermedades infecciosas y parasitarias. (Aycardo Tinajero Montserrat, 2008)

En el grupo adolescente se ha observado que frecuentemente aparecen complicaciones durante el embarazo tales como: preeclampsia, eclampsia, anemia, infecciones de las vías urinarias, infecciones de transmisión sexual -incluyendo el VIH/SIDA-, virus del papiloma humano y finalmente el aborto. En cuanto al producto, se presentan antecedentes de prematurez, bajo peso, retardo en el desarrollo cognitivo y retardo en el crecimiento físico. Estas complicaciones junto con el impacto psicosocial, traen aparejado el incremento de la morbimortalidad materno infantil (De la Garza, 1997). Es importante subrayar el hecho de que el embarazo en una mujer menor de 20 años es considerado por la Organización Mundial de la Salud como un embarazo de riesgo, en el que se afecta la salud tanto de la madre como del embrión en desarrollo. Las implicaciones de riesgo obstétrico en la adolescencia temprana incluyen un incremento en la frecuencia de desproporción céfalo-pélvica, condición que amerita la realización de operación cesárea para la resolución del evento obstétrico y cuando el embarazo ocurre en una adolescente con desnutrición se incrementa significativamente la morbilidad y mortalidad materna. En efecto, poco más del 13% de las defunciones maternas ocurre en mujeres menores de 20 años. Por otra parte, la frecuencia de defectos al nacimiento de tipo multifactorial incluyendo bajo peso, aberraciones cromosómicas y malformaciones congénitas, ocurren en madres adolescentes en una proporción significativamente mayor, en comparación con las embarazadas adultas. (ISEM, 2006)

El inicio de la maternidad a edades tempranas está relacionado con diversas situaciones que podrían reducir las ya de por sí pocas oportunidades de desarrollo de los/las jóvenes en un ambiente de limitaciones como las que observamos en nuestro país, entre otras las de educación y capacitación para la integración a la fuerza productiva; reforzadas por el rechazo social, familiar y en algunos casos del

compañero(a). El embarazo temprano con sus repercusiones es uno de los problemas más evidentes que plantea la práctica sexual no protegida y su incidencia es mayor en los grupos más vulnerables. La actividad sexual se considera comúnmente como un indicador de riesgos psicosocial, en el caso de los/las jóvenes de las zonas urbanas la relación sexual temprana se asocia con el uso de métodos anticonceptivos poco efectivos (ritmo, coito interrumpido), el consumo de tabaco, alcohol y marihuana (Orr y cols., 1991).

El debate acerca de las consecuencias que tiene el embarazo en adolescentes sobre salud de la madre y su hijo es variable. Al tener sesgos, algunas veces no permiten ver que es un problema que no sólo afecta lo biológico, sino también la esfera psicológica y social (Menken, 1980). Además de los riesgos a la salud que conlleva el embarazo en las etapas tempranas de la vida, debe considerarse la importante secuela psico-social que un embarazo no planeado imprime en las adolescentes y en las jóvenes, particularmente los cambios sustantivos en sus proyectos de vida y su contribución a la deserción escolar; una deserción escolar muy costosa para las adolescentes y jóvenes por tratarse de niveles de educación secundaria, preparatoria y aun universitaria.

Considerar las condiciones biológicas conjuntamente con las psicológicas y sociales, es una circunstancia de integración muy importante en el proceso de fomento de una cultura de salud entre los/las jóvenes, ya que algunas veces se les brinda información sobre sexualidad, embarazo, métodos anticonceptivos, etc., sin embargo desconocen a dónde acudir en caso de necesitar metodología anticonceptiva, o en caso de embarazo, a donde acudir oportunamente para solicitar atención prenatal. Algunos estudios demuestran que adolescentes embarazadas que llevaron un buen control prenatal mostraron una adecuada evolución, incluso mejor que la observada en grupos de mujeres de mayor edad.

Para Toro (1992), la mayor incidencia de complicaciones en hijos de adolescentes de somatometría, peso y calificación Apgar; se deben más a factores sociales que a determinantes biológicos. Es necesario reconocer que aunado a la pobre sensibilización, los estratos económicamente vulnerables tienen menos probabilidades de recibir cualquier cuidado prenatal o de recibirlo será tardíamente. Estas circunstancias empeoran en el área rural. Dentro de las posibles causas que influyen en la aparición de los embarazos no planeados se mencionan factores personales, familiares y sociales. Entre los más sobresalientes están la pobre o nula educación sexual, las cuestiones de género, la doble moral sexual, la baja autoestima, el acceso limitado a servicios especializados de salud sexual y reproductiva destinados a los/las jóvenes, la escasa prevención con que los jóvenes llevan a efecto sus prácticas sexuales, el bajo uso de métodos

anticonceptivos seguros, así como la edad de la primera experiencia sexual y como marco el nivel socioeconómico.

Aunado a lo anterior, el periodo adolescente en sí mismo representa un riesgo, por las características propias de el/la joven como son: emergencia del impulso sexual, idealismo, impulsividad, sentimiento de invulnerabilidad y necesidad de alcanzar su identidad y autonomía.

En México se han realizado esfuerzos para investigar el comportamiento sexual de los/las jóvenes mexicanos, aunque no se ha logrado precisar su comportamiento y problemática. En la encuesta realizada por la Dirección General de Planificación Familiar denominado: "Comportamiento Reproductivo de los Adolescentes en el Área Metropolitana de la Ciudad de México" (ECRAM, 1987), se reporta la edad promedio de la primera relación sexual a los 16 años en los hombres y a los 17 años en las mujeres. Según los resultados de la evaluación al servicio especializado para adolescentes de la Secretaría de Salud, efectuada en diez estados de la República (1999), el 45.7% de los/las usuarios(as) del servicio ya habían tenido relaciones sexuales al momento de asistir al servicio, iniciando en promedio a los 15.8 años de edad. De ellos, el 80% tuvieron la primera relación sexual con novios(as) y amigos(as) y solamente el 6% con una pareja estable. Estos resultados muestran que las relaciones prematrimoniales entre los adolescentes son frecuentes. Por otro lado, el principal motivo de asistencia al servicio especializado fue por consulta prenatal (23.5%), así como por otras causas relacionadas con la reproducción. Esto señala que el servicio especializado ha sido más solicitado por madres adolescentes. De la misma evaluación, y a partir de encuestas efectuadas en población estudiantil de 10-19 años, se obtuvo que el 94.2% de los encuestados conoce al menos un método anticonceptivo y el 64.5% con relaciones sexuales utilizaron un método anticonceptivo en su última relación sexual, principalmente el condón.

Por su parte, la Fundación Mexicana para la Planeación Familiar (MEXFAM, 1999), realizó una encuesta para su programa "Gente Joven", e informa que la edad promedio de la primera relación sexual en la población estudiada por arriba de los 15 años, es ligeramente más alta para las mujeres que para los hombres. A los 19 años, el 60% de los varones declaró ya tener actividad sexual, mientras que esto ocurre en el 21% de las mujeres. Cabe señalar que los y las adolescentes que no asisten a la escuela parecen tener mayor actividad sexual que los y las jóvenes que sí permanecen estudiando. (FRENK, Julio, 2002)

## CAUSAS DEL EMBARAZO ADOLESCENTE

El embarazo adolescente tiene orígenes multicausales y por ello requiere múltiples soluciones. No obstante hay dos hechos que son determinantes al analizar las causas del embarazo en adolescentes:

1. El inicio, cada vez más precoz de las relaciones sexuales.
2. No utilización de método anticonceptivo eficaz.

Actualmente la edad media aproximativa de la primera relación coital es de 16 años para los chicos y 17 años para las chicas. Este resulta ser un dato bastante constante en nuestro medio, no encontrando grandes diferencias según el ámbito geográfico de la juventud española, que inicia sus relaciones sexuales coitales entre los 16 y 17 años según han informado diferentes autores.

Entre los factores que condicionan el inicio precoz de las relaciones sexuales podemos citar:

**Factores biológicos:** Se ha demostrado relación entre el comienzo de las relaciones sexuales y la edad de maduración sexual. Con el adelanto de la menarquia que se está produciendo, se han adelantado las relaciones sexuales.

**Factores familiares:** El modelo familiar se transmite de padres a hijos y se ha demostrado que las hijas de madres adolescentes tienen el doble de posibilidades de ser, ellas mismas, madres adolescentes. Además del modelo familiar la comunicación que se establezca entre padres e hijos es otro de los factores determinantes del inicio precoz de las relaciones sexuales y de un eventual embarazo. En estudio realizado entre jóvenes hispanas de EEUU se concluyó que la adecuada comunicación con la madre estaba inversamente relacionada con el embarazo, estimándose que la Odds Ratio de embarazo, en el caso de que la madre hablase de sexo a su hija, era de 0,3.

**Factores ambientales:** Las malas o bajas condiciones socioeconómicas, así como la ignorancia y la pobreza constituyen factores causales muy importantes, tanto del embarazo adolescente como del inicio precoz de las relaciones sexuales. Por ello se observa cómo la fecundidad adolescente no se distribuye de forma homogénea entre los diferentes estratos sociales, apreciándose zonas de elevada prevalencia dentro de una misma área geográfica. Otro de los factores ambientales asociados al inicio precoz de las relaciones sexuales ha sido la falta de escolarización de los jóvenes, hecho que afortunadamente ya no sucede en nuestro país, pero que constituye una dramática realidad en otras latitudes. En Brasil, por ejemplo, de las jóvenes adolescentes embarazadas que se acogieron a

un Programa Comunitario de control, un 46% de ellas habían abandonado la escuela bastante tiempo antes del embarazo. Otra de las cuestiones que se ha relacionado, de manera casi constante, con el inicio de las relaciones sexuales ha sido el ámbito o medio de hábitat de los jóvenes, habiéndose postulado que en el medio rural se inicia antes la actividad coital que en el medio urbano y, como consecuencia, se observan tasas más elevadas de embarazo adolescente.

Habida cuenta de que cuanto más joven es la mujer menos relaciones sin protección necesita para quedarse embarazada, es fácil concluir que la no utilización de método anticonceptivo alguno supone el factor causal más importante para el embarazo adolescente.

Para muchos, el verdadero problema del embarazo adolescente radica en que esta población no utiliza medidas anticonceptivas por falta de educación sexual, por desconocimiento de los métodos disponibles, por ignorancia en cuanto al peligro del embarazo y por la difícil accesibilidad a los métodos anticonceptivos. Procuraremos analizar, a continuación, los factores que inciden en la escasa utilización de anticoncepción en esta época de la vida. (RIVERA, Sandra, 2000)

Las primeras relaciones sexuales son espontáneas, no planeadas, lo que dificulta la utilización de algún método anticonceptivo, al mismo tiempo que parece haberse observado una débil motivación, por parte de los jóvenes, para su uso. Así como la menarquia y el inicio de las relaciones sexuales se han adelantado, no parece ocurrir lo mismo con la madurez psicológica de los jóvenes, muchas veces poco conscientes del riesgo que asumen. De hecho, el 30-35% de las primeras relaciones coitales se realizan sin protección anticonceptiva. En otras ocasiones la no utilización de método anticonceptivo no obedece a falta de previsión sino, más bien, a la asunción de comportamientos de riesgo, propios de esta edad. En algunas sociedades industrializadas las jóvenes que resultan embarazadas tienen una probabilidad mayor de haber consumido drogas, realizar actos delictivos, etc. La falta de previsión ante las primeras relaciones sexuales está más ligada con la percepción, que los jóvenes tienen sobre su propia sexualidad, y así aquellas jóvenes que se consideran a sí mismas incapaces de ser sexualmente activas tienen mayor riesgo de embarazo que las que asumen esta posibilidad y, por ello, toman precauciones.

La falta de una adecuada educación e información sexual explica, en la mayoría de las ocasiones, la alta incidencia de gestación adolescente. La responsabilidad de padres, profesores, sanitarios, de la sociedad en fin, se diluye y los jóvenes obtienen la información sobre los métodos anticonceptivos de sus amigos, medios de comunicación, etc. Los padres, primeros responsables en materia educativa,

delegan con demasiada frecuencia su responsabilidad en terceras personas haciendo dejación de su derecho y su deber de educar a sus hijos. De hecho, y según datos reflejados en el “Análisis del Cumplimiento”, el 51% de las jóvenes obtiene información sobre los métodos anticonceptivos de los medios de comunicación, el 49% lo hace de sus amigas, mientras que el 15% se “entera” a través de sus padres y, únicamente, un 3% lo hace de los médicos o agentes sanitarios. Es de señalar que el sistema educativo no figura entre las fuentes de información de nuestras jóvenes, hecho que debería de hacer reflexionar, profundamente, a las autoridades responsables.

Suele ocurrir, con cierta frecuencia, que los adolescentes tienen sus primeras relaciones sexuales bajo el influjo del alcohol y, además, un porcentaje estimable de ellos (15%) lo hace después de tomar otro tipo de droga. La utilización de cualquier tipo de droga es mala consejera para realizar ejercicios de previsión y responsabilidad y hay estudios que han demostrado que hasta un 17% de los adolescentes utiliza menos el preservativo después de beber. Dentro de los factores ambientales que pueden influir en la baja tasa de utilización de anticoncepción no es desdeñable ese 31% de jóvenes adolescentes que, en algunas sociedades, se embarazan premeditadamente como resultado de una fantasía, de un comportamiento cultural o, lo que es más grave, como una huida hacia delante de una situación familiar y económica calamitosa.

En todos los ámbitos geográficos y en todas las sociedades, desarrolladas o no, los resultados demuestran que las leyes restrictivas sobre la accesibilidad a los anticonceptivos se asocian a un riesgo elevado de gestación adolescente. La principal dificultad que señalan los adolescentes para acercarse a un Centro de Orientación Familiar (COF) estriba en que desconocen el tipo de lugar y el tipo de personas con que se van a encontrar. Así, hasta un 42% de 269 jóvenes embarazadas que contestaron a una encuesta, refirieron no haber acudido a un COF, previamente a su gestación, por temor a que sus datos no fuesen confidenciales. Otras de las razones aducidas por las jóvenes para no acudir a un COF son que tenían miedo a la exploración ginecológica (13%), tenían relaciones sexuales esporádicas y creían no necesitar anticoncepción (12%) e incluso un 7% consideraba que los COF no eran para jóvenes. (Ramos Gutiérrez RY y col 2009)

## DIAGNÓSTICO DEL EMBARAZO

Habitualmente el embarazo adolescente se suele realizar con retraso y ello parece obedecer a dos causas fundamentales:

1. Entre las propias jóvenes, un gran porcentaje de ellas no busca apoyo después de su primera falta menstrual, se niega a admitir la posibilidad de un embarazo por lo que retrasan, de forma significativa, el diagnóstico de su gestación. Esta actitud suele hacer imposible la realización de una IVE dentro de los plazos legales o bien, en el caso de continuar con el embarazo, retrasa el comienzo de la atención prenatal. Suele ser habitual que el diagnóstico se realice por encima de la semana 20 de gestación.
2. Entre los padres existe, con demasiada frecuencia, un curioso fenómeno que podríamos denominar “complicidad de los padres” que hace que, del riguroso control de la hija adolescente se pase a una actitud de ceguera incomprensible ante la sospecha de una gestación. (Ramos Gutiérrez RY y col 2009)

## ATENCIÓN PRENATAL

La práctica obstétrica nos ha enseñado que los resultados perinatales están íntimamente ligados al adecuado control prenatal y del parto y numerosos estudios epidemiológicos han demostrado que una gran parte de la morbi-mortalidad perinatal incide en aquellos grupos de población que presentan una situación patológica o prepatológica que se define como “de riesgo”. La detección precoz de estas situaciones de riesgo es posible si se realiza un control prenatal protocolizado y con unas exploraciones complementarias definidas a todas las embarazadas. Las gestantes adolescentes inician el control del embarazo más tarde que las embarazadas adultas, y el inicio es más tardío cuanto más joven sea la mujer. Habitualmente la primera visita prenatal se retrasa hasta el 4º mes de gestación y se suele producir un “decalage” de 4 semanas desde el diagnóstico del embarazo hasta esta primera consulta.

El retraso en realizar el primer control condiciona el resto de los mismos y así, en las jóvenes embarazadas, el número total de visitas prenatales es inferior al número de controles de las gestantes mayores de 20 años. En estudios realizados sobre gestantes adolescentes se ha concluido que el factor más importante que incide sobre el resultado perinatal no es la edad de la paciente, sino el control de la gestación, siendo éste el factor que reduce sensiblemente las complicaciones de este grupo de gestantes, obteniéndose los resultados mejores en los embarazos controlados en tres o más ocasiones.

Los diferentes trabajos que hemos revisado sobre el control prenatal en las jóvenes adolescentes no llegan a las mismas conclusiones y mientras que para algunos autores el control resulta inadecuado, para otros es aceptable. Las diferencias estriban en el medio socio-cultural en el que se han realizado los estudios. En lo que si hay coincidencia es en que además del retraso en el inicio del control prenatal se da el fenómeno de que los controles posteriores no son seguidos con la periodicidad aconsejada, habiéndose identificado como factores causales de esta “negligencia” la actitud negativa de las jóvenes respecto a los médicos y la falta de percepción de la importancia de los cuidados prenatales. Estos dos factores hacen que alrededor del 40% de las jóvenes embarazadas consulten, por vez primera, en el segundo trimestre de la gestación. Además de un número menor de controles prenatales se da otra circunstancia, en el embarazo adolescente, que puede condicionar los resultados perinatales. Parece ser que las jóvenes consumen más sustancias tóxicas y realizan más abusos dietéticos, durante su embarazo, que las madres de mayor edad. Las jóvenes embarazadas fuman más que las adultas considerándose que la tasa de fumadoras alcanza el 40% mientras que alrededor del 20% beben alcohol y el 5% consumen marihuana u otras drogas no legales. (Barrios A. 2007) (F. Gary Cunningham y col., 2011)

#### OBJETIVOS PRINCIPALES DE LA ATENCION PRENATAL:

1. Lograr que ninguna mujer fallezca a causa de una gestación (directa o indirecta).
2. Disminuir la morbilidad y la mortalidad perinatales incluyendo el bajo peso al nacer y las secuelas de la hipoxia intrauterina.
3. La premisa fundamental de la atención prenatal (APN) es la captación precoz, antes de la semana 10 de EG.

La captación debe ser antes de las 14 semanas de EG porque con nuestra cobertura de profesionales en salud pública esta meta se puede lograr (100 %), y en segundo lugar, por las ventajas que esta captación temprana nos proporciona para nuestro trabajo, ya que facilita:

1. Detectar afecciones crónicas asociadas con el embarazo y brindar atención médica especializada en equipo, así como mayor frecuencia en los controles prenatales.
2. Si fuera necesario, valorar con la pareja la conveniencia de una interrupción de esta gestación hasta lograr la compensación de la afección crónica.

3. Detectar o corroborar por el examen bimanual la concordancia del tamaño del útero y el tiempo de amenorrea.
4. Conocer las cifras basales de tensión arterial (TA), aunque es posible que ya su médico de familia la tuviera controlada en su ficha familiar.
5. Realizar la valoración ponderal y clasificación del grado nutricional de cada gestante para prevenir el bajo peso y el riesgo de enfermedad hipertensiva inducida por la gestación.
6. Valorar psicosocialmente a la gestante y su familia para conocer el grado de aceptación de esta gestación, y así inferir el grado de cooperación que tendrán nuestras indicaciones médicas.

La APN actual se comienza y realiza en más de 95 % del total en mujeres embarazadas en el consultorio del médico general integral, y su cronología o periodicidad debe abarcar un mínimo de 8 consultas, que se deben desarrollar de la forma siguiente:

1. Consulta de captación (antes de las 14 semanas).
2. Interconsulta de evaluación con el especialista de ginecoobstetricia a los 15 días de la captación.
3. Reconsultas cada 6 semanas hasta la interconsulta de reevaluación con el especialista a las 30 semanas.
4. Reconsultas mensuales hasta las 40 semanas en que se realizará una nueva reevaluación con el ginecoobstetra.

Esta frecuencia en la APN se les brindará a todas las gestantes que evolucionan normalmente, y se complementa con las visitas de terreno (en el hogar) que realizará su médico y enfermera de la familia.

En el nivel secundario las gestantes se atenderán en consultas especializadas, que se organizan de acuerdo con su enfermedad crónica (diabetes, hipertensión, cardiopatías), por desnutrición materna, o por cesáreas anteriores.

En el nivel terciario (institutos de investigaciones), las gestantes pueden recibir atenciones, consultas coordinadas por afecciones crónicas o complicaciones durante la gestación, el parto y el puerperio. Muchas de nuestras gestantes pueden ser atendidas en los hogares maternos donde se ingresarán cuando sea necesario por riesgo de prematuridad, para mejorar su estado nutricional y lograr un buen reposo. También pueden ingresar para esperar su parto por vivir en zonas intrincadas geográficamente. En estas instituciones las condiciones

estructurales y funcionales se asemejan a los hogares de las gestantes, y desde su creación llevan implícito un trabajo educativo en múltiples aspectos de salud, en general, y en lo referente al binomio madre-feto en particular. (INSP, 2006)

## **METODOLOGÍA DE LA ATENCIÓN PRENATAL PRIMERA CONSULTA**

Es la de captación de la gestante y quizás la más importante de todas las consultas, porque en ésta el médico debe ser capaz, mediante el interrogatorio y examen físico completo, de detectar los riesgos que la gestante puede presentar o que permanecían ocultos, e iniciar entonces la profilaxis de los riesgos de la gestación, fundamentalmente el bajo peso al nacer, la toxemia y la prematuridad.

Mediante el interrogatorio se debe precisar si la mujer es eumenorreica o no, la fecha de la última menstruación (FUM) y los síntomas subjetivos de la gestación, así como conocer si se trata de una gestación planificada por la pareja o es una gestación fortuita. En este interrogatorio se determinarán, además:

1. Antecedentes patológicos personales (APP).
2. Enfermedades o complicaciones en gestaciones anteriores.
3. Tipos de partos y peso de cada uno de los hijos, así como tipos de abortos.
4. Medicamentos que ingirió o ingiere hasta estos momentos, dosis, ingestión de psicofármacos y determinar la conducta que se debe seguir.
5. Antecedentes patológicos familiares (APF), además de precisar si la madre o hermanas tuvieron toxemia en sus gestaciones o existen antecedentes de gemelaridad.

El examen físico integral comprende, tanto su aspecto general como el examen físico del abdomen, aparatos cardiovascular, respiratorio y renal. En este paso es muy importante la valoración ponderal que se puede realizar por el método de índice de masa corporal

Los resultados serán los siguientes:

1. Bajo peso (menor que 18,7 kg/m<sup>2</sup>): requiere entre 35 y 45 cal/kg de peso.
2. Normopeso (18,7 a 23,6 kg/m<sup>2</sup>): requiere entre 30 y 35 cal/kg de peso.
3. Sobrepeso (23,6 a 26,5 kg/m<sup>2</sup>): requiere entre 25 y 30 cal/kg de peso.
4. Obesa (mayor que 26,5 kg/m<sup>2</sup>): requiere entre 20 y 25 cal/kg de peso.

Mediante un examen ginecológico se debe revisar lo siguiente:

Mamas. Se valorará tamaño, turgencia, presencia de los tubérculos de Montgomery, existencia de calostro, así como tamaño y forma de los pezones. Si son planos se realizará charla educativa y ejercicios para la futura lactancia materna.

Inspecciones de genitales. Se deben descartar enfermedades infecciosas, despigmentaciones, tumoraciones y situación de la uretra. Se realizará examen con espéculo para visualizar la vagina y el cuello uterino, para detectar infecciones, características del cuello (situación, tamaño, permeabilidad o no del orificio cervical externo). Se puede realizar la citología orgánica si la gestante no la tuviera realizada y también la prueba de Schiller, si fuera necesario.

Tacto bimanual. Mediante éste se deben precisar las características del cuello, y del útero se determinarán el tamaño, la forma y consistencia, así como todos aquellos signos probables de gestación:

1. Signo de Hegar I: los dedos de ambas manos se tocan a través de la zona ístmica (reblandecida).
2. Signo de Gauss: independencia entre cuello y cuerpo uterino.
3. Signo de O'Schander: latido de la arteria cervicovaginal tactable en la zona del fondo lateral del istmo.
4. Signo de Noble-Budin: abombamiento del útero a través de los fondos de los sacos laterales de la vagina.
5. Signo de Piscacek: prominencia tactable hacia uno de los cuernos uterinos por la implantación ovular hacia esa zona

En esta primera consulta se debe realizar una buena charla educativa, individualizada, acerca de la importancia de la dieta de la gestante de acuerdo con su valoración nutricional. Se remitirá la gestante a la atención estomatológica y, además, será valorada por el psicólogo de su área de salud. Se indicará la vacunación con toxoide tetánico alrededor de las 26 semanas de EG. En esta primera consulta se indicarán los exámenes complementarios siguientes:

1. Hemograma completo. Se repetirá Hb. y Hto. En cada trimestre.
2. Grupo sanguíneo y Rh.
3. Glicemia en ayunas y posprandial a las 2 horas. Se repetirá entre las 28 y 30 semanas de EG.
4. Serología, que se repetirá para la consulta de reevaluación.

5. Examen de orina, que se realizará para cada consulta.
6. Prueba para descartar HIV-SIDA.
7. Exudado vaginal.
8. Heces fecales.
9. Fondo de ojo si fuera hipertensa conocida.
10. Urocultivo si existieran APP de pielonefritis.
11. Otros complementarios:
  - a) Alfafetoproteína, que se indicará entre las 15 a 19 semanas de EG.
  - b) Ultrasonografía del programa (US) a las 20 semanas para corroborar la EG y detectar malformaciones congénitas.
  - c) Antígeno de superficie B y C, alrededor de las 24 semanas.
  - d) Electroforesis de la Hb., que se indica junto con la alfa-fetoproteína.

Se debe realizar en conjunto por el médico y la enfermera de la familia y el profesor o especialista de ginecoobstetricia. (INSP, 2006)

## SEGUIMIENTO DE RECONSULTAS

No es posible abarcar en un libro de texto básico toda la gama de situaciones y problemas individuales que pueden ir apareciendo durante la evolución de una gestación, pero sí debemos recalcar que en cada consulta debemos tener presente una serie de tareas:

1. Escuchar todas las inquietudes de la gestante, así como las del esposo, la madre y la suegra.
2. Educarla en todos los aspectos higiénico-dietéticos de la gestación, el parto y el puerperio. Iniciar la educación sobre la lactancia materna. Dosificar en cada consulta qué aspecto del embarazo se va a explicar de acuerdo con su EG.
3. Valorar la presencia o no de infecciones vulvovaginales, lo que debe ser motivo de interrogatorio en cada consulta, porque en ocasiones las mujeres no lo declaran.
4. Valorar las 3 curvas de la atención prenatal: de peso, de altura uterina y de tensión arterial (TA).

La educación de las gestantes debe comenzar desde su captación, y nuestro objetivo es lograr que todas aumenten de peso, pero de acuerdo con el índice de masa corporal. El aumento de peso no debe ser en forma brusca después de las 20 semanas de EG. Se considera que toda gestante debe aumentar como mínimo 8 kg de peso durante toda la gestación, aun aquéllas que tenían sobrepeso en el momento de la captación. Se aceptan como cifras totales entre 12 y 15 kg.

El aumento de peso casi siempre comienza después del primer trimestre de la gestación, ya que en el primer período son frecuentes la anorexia, las náuseas y, en algunas ocasiones, los vómitos. El aumento de peso fluctuará entre 1 y 2 kg cada mes, aproximadamente 0,5 kg por semana. Si dicho aumento es escaso, se corre el riesgo de obtener un recién nacido con bajo peso al nacer. Por el contrario, si es exagerado, estará presente el riesgo de macrosomía fetal o enfermedad hipertensiva del embarazo.

En la medición de la curva de altura uterina pueden existir los errores propios de la técnica, también estarán presentes otros factores como la obesidad y el bajo peso materno. Por ello, es correcto que ante cualquier alteración en el incremento o decrecimiento de la altura uterina, el médico realice una revisión de las posibilidades diagnósticas y precise con otros médicos o con los medios diagnósticos a su alcance, la posible evolución no satisfactoria de esa gestación.

El incremento normal de la altura uterina es de

1 cm/semana, a partir de las 14 semanas de EG. Una alteración de la altura uterina nos dará un signo de más o de menos.

Signo de más. Más de 2 cm por encima de la altura uterina normal para esa edad gestacional.

Para el diagnóstico de signo de menos es necesario emplear el diagnóstico ultrasonográfico para corroborar la presencia de latido cardíaco, el índice de líquido amniótico y el perfil de crecimiento. Con la ultrasonografía del programa realizada a las 20 semanas de EG, corroboramos el posible error de cuenta.

En todos estos diagnósticos se realizará un ingreso precoz para mejorar el estado nutricional de la paciente o determinar la conducta de interrupción de la gestación en el momento más adecuado para el binomio madre-hijo, si fuera necesario. En casi todas estas entidades el útero se presenta irritable, el feto está apelotonado, y existe un incremento insuficiente del peso materno o decrecimiento. Por estudio radiológico se podrán detectar los signos radiológicos de muerte fetal (halo

pericraneal, encorvamiento de la columna vertebral, "feto nadador"; pero en la actualidad, la ultrasonografía ha desplazado este medio diagnóstico.

Se denominan trastornos hipertensivos de la gestación a una variedad de procesos que tienen en común la existencia de hipertensión arterial y que puede referirse a la TA sistólica, diastólica o a ambas. (INSP., 2006) (F. Gary Cunnigham y col., 2011)

Según la (OMS) existe hipertensión arterial cuando se comprueba una TA de 140/90 latidos/min o más, por 2 veces consecutivas, con intervalos de 6 horas. En obstetricia también se considera que existe hipertensión arterial cuando existe un aumento de 30 mm de Hg o más de la TA sistólica y de 15 mm de Hg o más de la presión diastólica. Asimismo, hay hipertensión cuando la presión arterial media (PAM) es de 105 mm de Hg o más. (F. Gary Cunnigham y col., 2003)

#### RECOMENDAMOS NO OLVIDAR QUE:

1. Todas las mujeres embarazadas deberán asistir como mínimo a cinco consultas de control prenatal

2. Las consultas deben realizarse de acuerdo a la etapa de gestación 1,2

Antes de las 12 semanas

A las 20 semanas (NOM 22-24 sem)

A las 32 semanas (NOM 27-29 sem)

A las 36/38 semanas (NOM 33-35 sem)

Consulta posparto en la primera semana

3. Programar las consultas adicionales que sean necesarias dependiendo de las condiciones, necesidades e identificación de factores de riesgo. Toda paciente debe tener su propio carné de control prenatal

5. Promover, si es posible, que la mujer embarazada lleve su propio diario de embarazo. (NOM. 007-SSA2-1993)

## **PREVENCIÓN DEL EMBARAZO ADOLESCENTE**

Resulta evidente que el embarazo es consecuencia de las relaciones sexuales pero hay que señalar que el embarazo adolescente es mucho más probable allí donde se les niega la anticoncepción a los jóvenes y donde no se les ofrece información sobre la sexualidad y sus consecuencias.

### **PREVENCIÓN PRIMARIA**

Supone la base de la prevención y procura actuar sobre los factores de riesgo que favorecen u originan la aparición del problema. Una vez analizadas las causas del embarazo adolescente, y conscientes de que hay factores difíciles de modificar (estado socioeconómico), proponemos una actuación dirigida a implementar los programas de educación sexual y mejorar la accesibilidad de los jóvenes a los métodos anticonceptivos.

#### **Programas de Educación Sexual**

Los padres, primeros responsables en materia educativa, delegan con demasiada frecuencia su responsabilidad en terceras personas haciendo dejación de su derecho y deber de educar, en materia de sexualidad, a sus hijos. La consecuencia de este hecho es que hasta el 57% de los padres no hablan de temas de sexualidad con sus hijos y que hasta el 50% de éstos obtienen información sobre esta materia de sus amigos o medios de comunicación.

La sociedad, en su conjunto, puede tener derecho a preservar unos valores éticos y culturales que le han sido transmitidos y considere que no debe facilitar información a los jóvenes, creyendo que los adolescentes no deben tener relaciones sexuales y, por ello, no necesitan información o bien que la información pueda suponer un aliento a mantener relaciones sexuales. Las actitudes de ciertas sociedades modernas han demostrado lo erróneo de esta presunción poniendo de manifiesto que el fenómeno habitual es el contrario: a mayor educación e información sexual menor tasa de embarazo adolescente. Un ejemplo lo tenemos en Suecia donde, tanto la tasa de embarazos como la de IVEs en adolescentes, disminuyó de forma notoria a partir de la promulgación de la Ley que obligaba a impartir Educación Sexual en las escuelas. Otras experiencias similares llevadas a cabo en Holanda o en EEUU han demostrado que el hecho de proporcionar consejo anticonceptivo a los jóvenes no parece promover, de forma significativa, el inicio de las relaciones sexuales entre los no activos, si bien aumenta, significativamente, el empleo de métodos anticonceptivos entre los sexualmente activos.

## **Mejora de la accesibilidad a los métodos anticonceptivos**

Esta debe ser una responsabilidad que asumamos los profesionales sanitarios considerando, además, que no es suficiente con prescribir un determinado método sino que, también, hay que dialogar e informar, faceta en la que los jóvenes no encuentran la respuesta esperada para sus necesidades. Los servicios tradicionales de Planificación Familiar han jugado un importante papel en la prevención del embarazo adolescente, pero todavía queda mucho por hacer. Debemos innovar estos servicios, para reducir el impacto social desfavorable de la fertilidad adolescente, dotándolos de nuevas estrategias de captación, relación y responsabilidad.

### **PREVENCIÓN SECUNDARIA**

El embarazo adolescente necesita una mayor atención sanitaria para prevenir y tratar las incidencias que lo complican haciendo especial énfasis en los programas de Educación Sanitaria, puesto que se ha demostrado que las jóvenes embarazadas acogidas en los programas de Educación Prenatal presentan una menor incidencia de morbi-mortalidad, materna y perinatal, y utilizan más los métodos anticonceptivos después del parto.

### **PREVENCIÓN TERCIAIA**

Es responsabilidad de la Administración proveer y garantizar los recursos necesarios a las madres adolescentes para que las repercusiones, a corto, medio y largo plazo, de su maternidad sean lo menos graves posibles. Son necesarias políticas comunitarias de acogida a estas madres que posibiliten la continuación de sus estudios y formación, de forma que alcancen el desarrollo socioeconómico que les corresponde. La mejora de las condiciones socioeconómicas es uno de los caminos más importantes para resolver este espinoso problema. (LETE, Iñaki.,2006)

## **DISEÑO METODOLÓGICO**

La investigación que se presenta es de alcance descriptivo, con un diseño no experimental-transversal. La recolección de los datos se llevará a cabo en el hospital regional “DR. RAFAEL PASCACIO GAMBOA”, Tuxtla Gutiérrez, Chiapas. El tiempo de realización de la investigación está delimitado por el ciclo escolar Enero-junio del presente año.

## **HERRAMIENTA METODOLOGICA**

Se utilizara una herramienta de elaboración propia que cubra con los requerimientos de nuestra investigación basados en nuestros objetivos. Este consiste en un cuestionario se incluye lo siguiente:

Nombre de la facultad

Tema de investigación

Indicaciones claras y precisas para contestar las preguntas

1 preguntas abierta y 3 cerradas de las cuales una es dicotómica y 2 de opción multiple.

Agradecimiento a quien nos ayude a contestar el cuestionario

## **UNIVERSO Y MUESTRA:**

Constará de todos los pacientes entre las edades de 11 a 19 años que acudieron al área de urgencias obstétricas en el hospital regional “DR. RAFAEL PASCACIO GAMBOA”, ciclo escolar Enero-Junio del presente año.

Para la muestra utilizaremos la siguiente fórmula:

$$\frac{Z^2 pq}{d^2}$$

Z= 1.96 (constante)  
p= 5% (0.05)  
q= 1- p  
d= 3% (0.03)

La muestra estará conformada de 203 pacientes entre las edades de 11 a 19 años que acudieron al área de urgencias obstétricas en el hospital regional “DR. RAFAEL PASCACIO GAMBOA”.

## **CRITERIOS:**

### **Inclusión**

Se incluirán a todas las pacientes embarazadas de 11 a 19 años de edad que se encuentran en el área de urgencias del hospital regional.

### **Exclusión**

Se descartaran a los pacientes que no entren en nuestro rango de edad..

### **Eliminación**

Se eliminarán aquellas encuestas que tengan marcada más de una opción en la misma pregunta.

Se eliminarán las personas que no respondan alguna de las preguntas que esté en el cuestionario.

## VARIABLES

Variables	Definición conceptual	Nivel de medición	Definición operacional
<b>Embarazo Adolescente</b>	El que ocurre dentro de los dos años de edad ginecológica entendiéndose por tal al tiempo transcurrido desde la menarca y/o cuando la adolescencia es aun dependiente de su núcleo familiar de origen.	Ordinal	Esta variable se va a medir por los años cumplidos en un rango de 11 a 19 años de edad
<b>Control prenatal</b>	<p>Conjunto de acciones de salud que reciben las embarazadas durante la gestación. Se tomaran en cuenta los siguientes requisitos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Presencia o Ausencia de llevar un control prenatal.</li> <li>-Número de consultas (frecuencia de asistir a una consulta)</li> <li>-Motivos de consulta (razón por la que se asiste a una consulta)</li> </ul>	Nominal	<p>Dicha variable se medirá</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Presencia o ausencia               <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Si</li> <li>b) No</li> </ul> </li> </ol>
		Ordinal	<ol style="list-style-type: none"> <li>2. Número de consulta               <ul style="list-style-type: none"> <li>a) _____</li> </ul> </li> </ol>
		Nominal	<ol style="list-style-type: none"> <li>3. Motivos de consulta               <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Dismenorrea</li> <li>b) Trastornos menstruales</li> <li>c) Orientación anticonceptivas</li> <li>d) Solicitud de regulación del embarazo</li> <li>e) Interrupción del embarazo</li> <li>f) Otros (especifique)_____</li> </ul> </li> </ol>

## ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN:

Esta investigación es ética debido a que los riesgos son de grado 0 o nulos, ya que durante la realización de la investigación no se lesionara moral, física ni psicológicamente la integridad de las personas que intervienen en el desarrollo de dicha investigación. Además no será necesario que los participantes proporcionen nombres, dirección o cualquier otro dato que puedan incomodarlos, por lo que la identidad de las personas sujetas a estudio se mantendrá en el anonimato, y en dado caso que las personas consideren que esto no se cumple, estarán en libertad de negarse a participar en este trabajo de investigación.

Debido a que esta investigación es no experimental, se limita a observar el fenómeno de estudio y no manipula variables, de modo que los sujetos sometidos a la investigación se comportan de manera natural.

## ASPECTOS ADMINISTRATIVOS:

En la investigación que se pretende desarrollar se tomara en cuenta los siguientes recursos, tanto humanos, físicos y económicos.

### ➤ **RECURSOS HUMANOS**

Los recursos humanos para esta investigación se dividen en primera, segunda y tercera línea.

#### **Recursos humanos de primera línea.**

VÁZQUEZ PEREIRA IRENE

VELASCO MORALES JOSE ALEJANDRO

VELASCO MORALES PAULINA ISABEL

VERA RIVAS YUSMARA YESCELI

ZEPEDA PALACIOS FLAVIO AMED

ZENTENO PEREZ TANIA LORENA

#### **Recursos humanos de segunda línea.**

DR. AHMAD SOLTANI-DARANI

## **ACTIVIDADES A REALIZAR**

1.-Obtener autorización de las personas competentes del hospital regional Dr. Rafael Pascasio Gamboa, para poder conseguir acceso a la información necesaria.

2.- Recopilación de datos de adolescentes embarazadas de 11 a 19 años de edad que acudieron llevan un control prenatal en el hospital Dr. Rafael Pascasio Gamboa, en el periodo Enero-Junio 2014.

## **CAPTURA Y ANÁLISIS DE LOS DATOS**

Para la captura y análisis de nuestros datos se utilizaran el programa de Excel.



## **BIBLIOGRAFÍA**

- 1.- Aycardo Tinajero Montserrat (2008). Revista de facultad de psicología UNAM. "Embarazo Adolescente". Volumen 4; núm. 2; Pag 39-50. Recuperado el 24 de febrero del 2011 de <http://www.unach.biblioteca.mx>
- 2.- Barrios A. (2007). Revista Paceaña Medica Familiar. "Atención prenatal". Volumen 4; número 6; Pag 128-131. Recuperado el 24 de febrero del 2011 de <http://www.unach.biblioteca.mx>
- 3.- FRENK, Julio. "Prevención del embarazo no planeado en adolescentes". Manual de la Secretaria de Salud, Segunda Edición, 2002, pp. 1-135
4. - F. Gary Cunningham y col. Williams Obstetricia. Atención prenatal. 23ª edición. Editorial Mc Graw Hill. México DF. 2011. Pag 189-214
- 5.- INSP. "Control Prenatal" Boletín de información científica para el cuidado en enfermería, 2006, pp-1-6.
- 6.- ISEM. "Atención prenatal con enfoque de riesgo". Información en salud-Salud reproductiva, Mayo 2006, pp.1-155.
- 7.- LETE, Iñaki. "Embarazo en la adolescencia". Manual de salud reproductiva en la adolescencia, 2006, Cap.86, pp.817-835
- 8.-Ramos Gutiérrez RY y col (2009). Ginecología y obstetricia de México. "Embarazo en adolescentes como factor de riesgo para maltrato fetal". Volumen 77; Número 7; Pág. 311-316. Recuperado el 24 de febrero del 2011 de <http://www.unach.biblioteca.mx>.
- 9.- RIVERA, Sandra. "Embarazo adolescente, aspectos de tipo social, psicológico y cultural"
- 10.- Secretaría de Salud. Norma Oficial Mexicana (NOM. 007-SSA2-1993). Atención a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, a recién nacidos. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio.

11.-Villar J, Bergsjö P. Nuevo Modelo de Control Prenatal de la OMS. Grupo de Investigación del Estudio de Control Prenatal de la OMS. Organización Mundial de la Salud, 2003

# Embarazo Saludable

Acciones a realizar para una vigilancia del embarazo con calidad

Consultas	Semanas de Gestación				
	1a	2a	3a	4a	5a
<b>INTERROGATORIO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Historia clínica perinatal</li> <li>Identificación de síntomas de alarma (lectura semana a semana a través de sus unidades (región))</li> </ul>				
<b>EXPLORACIÓN</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Valoración de peso/talla</li> <li>Tensión arterial</li> <li>Gradiente o uterino</li> <li>Posición fetal</li> <li>Frecuencia cardíaca fetal</li> </ul>				
<b>LABORATORIO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Solicitud y valoración de examen general de orina</li> <li>Biométriah emiática, glucemia y VDRL</li> <li>Valoración de grupo sanguíneo ABO y Rh</li> <li>Solicitar Elisa para VIH en mujeres en riesgo</li> </ul>				
<b>MANEJO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Prescripción profiláctica de hierro y ácido fólico</li> <li>Aplicación de toxoides tetánico y diftérico</li> </ul>				
<b>REGISTRO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Registrar en expediente clínico signos, síntomas y evolución del embarazo.</li> <li>Registrar en Cartilla Nacional de Salud de la Mujer</li> </ul>				
<b>ORIENTACIÓN Y CONSEJERÍA EN:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Signos y síntomas de alarma</li> <li>Nutrición</li> <li>Promoción de la lactancia materna</li> <li>Cuidados al recién nacido</li> <li>Planificación familiar</li> </ul>				

## Criterios de Referencia

- Periodo intermenstrual < de 2 años, dismenorrea, cardiotocografía 2o más cesáreas previas, embarazo en mujeres < de 18 y > de 35 años
- Infección urinaria o vaginal, sangrado activo (dpm, pp y ru)

- Estancia de peso excesivo
- Gestación > de 30 mmHg o diastólica > de 15 mmHg, frecuencia leve > de 140/90 mmHg, Edematoso 140/90 mmHg, más convulsiones
- Altura del fondo uterino menor al correspondiente a la edad gestacional

- Proteinuria (> de 300 mg/dl) y/o infección urinaria
- Hemoglobina (< de 8g/100 ml), diabetes, infecciones de transmisión sexual
- VIH positivo

## SEGUNDO O TERCER NIVEL DE ATENCIÓN

La embarazada con cualquiera de los síntomas o signos anteriores, deberá ser referida como **URGENCIA**





## HISTORIA CLINICA PERINATAL

<b>EMBARAZO ACTUAL</b>		dia	mes	año	DUDAS	ANTITETANICA	actual	GRUPO	FUMAR	HOSPITALIZACION
PESO ANTERIOR	TALLA (cm)				no <input type="checkbox"/>	previa	1° 2° 3°	Rh + <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>
<input type="text"/> kg	<input type="text"/> <input type="text"/>				si <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	mes gesta.	si <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>
EX. CLINICO	EX. MAMAS	EX. ODONT.	PELVIS	PAPANIC.	COLPOSCOPIA	CERVIX	VORL	dia	mes	dia
normal	normal	normal	normal	normal	normal	normal	normal			
si <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>			
no <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>			
fecha de la consulta	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
semanas de amenorea										
peso (kg)										
tensión arterial máxima (mm Hg)										
alt. uterina pubis fondo / present. Cef. Pelv. / F.C.F. (lat. / min.) / mov. / (lat. / min.)										

## HISTORIA CLINICA PERINATAL ATENCION DEL PARTO DE BAJO RIESGO DIAGNOSTICAR TRABAJO DE PARTO

<b>PARTO</b> <input type="checkbox"/> <b>ABORTO</b> <input type="checkbox"/>		CONSULTA PRENATAL	N°	INGRESO	EDAD GEST.	PRES.	TAMAÑO FETAL	INICIO	MEMBRANAS	fecha ruptura
ORIGEN	en el hosp. si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	temp. <input type="text"/>	menor 37 mayor 41	cef. <input type="checkbox"/>	acorde si <input type="checkbox"/>	esp. <input type="checkbox"/>	Int. <input type="checkbox"/>	hora / minut / día / mes
hora	tensión arterial max / min (mm Hg)	contracciones / (sec / 10 min)	dur. seg.	altura	var. post.	F.C.F. (lat. / min.)	F.C. mat. (lat. / min.)	distal cerv.	meconio	
TERMINACION	espont. <input type="checkbox"/>	forceps <input type="checkbox"/>	caesárea <input type="checkbox"/>	otra <input type="checkbox"/>	hora	min.	dia	mes	año	
INDICACION PRINCIPAL DE PARTO OPERATORIO O INDUCCION										
NIVEL DE ATENCION	3° <input type="checkbox"/>	2° <input type="checkbox"/>	1° <input type="checkbox"/>	domic. <input type="checkbox"/>	otro <input type="checkbox"/>	N° H.C. RH				
ATENCION	médico <input type="checkbox"/>	enf. obst. <input type="checkbox"/>	asist. <input type="checkbox"/>	estud. / ampli. <input type="checkbox"/>	otro <input type="checkbox"/>	nombre RN				
PARTO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	nombre				
NEONATO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	nombre				
MUERTE	intraut. <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>					
EPISIOTOMIA	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>					
ALUMB. esponj.	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>						
PLACENTA compl.	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>								
DESGARROS	si <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>						
MEDICACION EN PARTO	ning. <input type="checkbox"/>	anest. <input type="checkbox"/>	anest. <input type="checkbox"/>	anest. <input type="checkbox"/>	anest. <input type="checkbox"/>	anest. <input type="checkbox"/>	anest. <input type="checkbox"/>	anest. <input type="checkbox"/>	anest. <input type="checkbox"/>	anest. <input type="checkbox"/>

