

## AGRADECIMIENTOS

---

A la U.DE.LA.R, a la Facultad de Enfermería y al Centro Universitario de Rivera que nos ofrece la posibilidad de realizar la carrera que elegimos por vocación en nuestro departamento.

A nuestra tutora, la Prof. Neris González, por su tiempo y paciencia dedicada a nosotras, a su apoyo y orientación incondicional en la elaboración y en la culminación con éxito de nuestra tesis.

A todos los docentes que han transitado a lo largo de nuestra carrera, aportándonos sus conocimientos y experiencia en nuestra formación como profesionales de la salud.

Un especial agradecimiento a nuestras familias y amigos queridos que han estado con nosotras en cada paso que avanzamos, brindándonos su fortaleza y comprensión, en especial a nuestros padres quienes a lo largo de nuestras vidas han velado por nuestro bienestar y educación.

## AUTORES

---

Br. Ferreira Noble, Sandra

Br. Santoro, Nicolasa

Br. Torradeflo, M<sup>a</sup> Gimena

TUTORA

---

Prof. Neris González

## INDICE

---

Título	Núm.de Página
Carátula.....	1
Agradecimientos.....	2
Autores.....	3
Tutora.....	4
Resumen.....	6
Introducción.....	7
Material y métodos.....	45
Resultados.....	51
Discusión.....	58
Recomendaciones.....	66
Bibliografía.....	67
Abreviaturas.....	69

## RESUMEN

---

La siguiente investigación presenta el perfil epidemiológico de una muestra de 48 adolescentes embarazadas asistidas en la Policlínica Q.F.Federico Días del barrio Rivera Chico de la ciudad de Rivera, en el período de Abril-Octubre 2013 durante el Programa de Internado en el marco del Programa Nacional de Salud de la Mujer y Género. El estudio se desarrolla a través de variables sociodemográficas y biológicas y tiene como objetivo describir las características socio epidemiológicas y biológicas de las embarazadas adolescentes.

Se trata de un estudio descriptivo, cuantitativo y de corte transversal.

Entre los resultados más relevantes podemos destacar que el 100 % de los embarazos en la muestra de las adolescentes no fueron planificados. El 64,5 % tiene entre 16 y 19 años de edad, el 71 % tienen como nivel de instrucción la secundaria incompleta, el 65% de las adolescentes no utilizaban métodos anticonceptivos, el 71 % cursaban su embarazo en soltería, el 48 % de la muestra mantenían el consumo de algún tipo de sustancias tóxicas durante la gestación y de acuerdo a la edad de iniciación sexual el 52% comenzó entre los 12 y 15 años de edad.

## INTRODUCCION

---

La epidemiología según la OMS <sup>1</sup> es una ciencia que estudia la distribución y los determinantes del proceso salud-enfermedad de una población ubicada en determinada geografía y tiempo, con el objetivo de utilizar dicho estudio para el control y vigilancia. La epidemiología tiene como propósitos estudiar la aparición, distribución y desarrollo de las enfermedades y describir el estado de salud de una población como base para el planteamiento, evaluación y administración de los servicios de salud pública.

Además proporciona datos de etiología del proceso salud enfermedad<sup>2</sup>. Según cada cultura y región existen conceptos y valores propios sobre los conceptos de salud y de enfermedad, sus mecanismos de prevención, promoción y rehabilitación. Generalmente las acciones políticas de salud están enfocadas en el proceso de la enfermedad, sin tener en cuenta el entorno social, psicológico, demográfico del individuo, su situación económica, educativa, sus necesidades y su calidad de vida. La construcción de un nuevo paradigma que tenga como enfoque cubrir esas carencias, supone la solución para identificar mejores estrategias políticas de salud.

La epidemiología surge del estudio de las enfermedades infecciosas con el autor Girolamo Fracastoro (1487-1673) <sup>3</sup>. Pero es el autor inglés Jhon Snow el padre de la epidemiología, debido a que utilizó el método científico para determinar importantes aportes sobre el cólera. Como ciencia, las áreas de trabajo de la epidemiología abarcaron desde el estudio de los brotes epidémicos y las enfermedades hasta presentar en la actualidad un enfoque también social, estudiando sobre las poblaciones, sus inequidades y demás aspectos relacionados con la pobreza, con sus necesidades básicas, los factores de riesgo y los factores de protección de salud de un grupo determinado, con el fin de incidir en la salud pública, sus políticas de salud y estrategias.

En cuanto a la importancia de realizar perfiles epidemiológicos destacamos la contribución en la definición de los problemas de salud, su desarrollo, tendencia, factores de riesgo, de protección, determinantes y contribuyentes en una población específica. Actúa directamente en la elaboración de programas

---

1 <http://www.who.int/topics/epidemiology/es/>.(Fecha de acceso 23 de Febrero 2014)

2 <http://procesosaludenfermedadpleno.blogspot.com/>.(Fecha de acceso 23 de Febrero 2014)

3 <http://www.monografias.com/trabajos5/epidemio/epidemio.shtml>.(Fecha de acceso 23 de Febrero 2014)

de salud según la necesidad de prevención y/o de control de una enfermedad o problema de salud, define y evalúa la respuesta a las estrategias de intervención.

Una investigación epidemiológica puede clasificarse según el método que aplica para el estudio, los estudios observacionales no experimentales y los estudios experimentales<sup>4</sup>. En el primer caso no se manipula las condiciones en que se produce el resultado, y pueden ser descriptivos y analíticos. La epidemiología descriptiva realiza una descripción del fenómeno o suceso según el tiempo, el lugar y la persona, donde cuantifica la frecuencia y la distribución del problema según indicadores como la incidencia, la prevalencia y la mortalidad. Mientras que la epidemiología analítica, identifica las causas o factores de riesgo a las que se exponen un determinado grupo de personas, utiliza como instrumento el análisis de la observación. Mientras que los estudios de tipo experimental ubicamos los ensayos clínicos con individuos y los ensayos comunitarios o poblacionales. En este tipo se manipulan las variables para evaluar los resultados.

Para comenzar a desarrollar este perfil epidemiológico de las embarazadas adolescentes es necesario analizar los conceptos que giran en torno al adolescente.

Etimológicamente la palabra deriva históricamente del verbo castellano “adolecer” que significa causar dolor o dolencia, este verbo es un compuesto del antiguo verbo castellano adolecer, actualmente en desuso. La palabra adolescente proviene del latín adolecen, que significa “en periodo de crecimiento” este verbo latino es un compuesto del prefijo ad-hacia y del verbo alescere “crecer”.

En 2010, se calculó que el número de adolescentes en el mundo era de 1.200 millones, por lo que los adolescentes representan el 18 % de la población mundial<sup>5</sup>.

Existen varios enfoques para abordar la adolescencia. Desde una etapa de transformación pubertaria, donde se define desde la pubertad como una intensa etapa de transformaciones complejas endocrinas y morfológicas, así como también se define como una edad el hombre, que incluyen diferencias en su aparición entre hombres y mujeres.

---

4 Elia B. Pineda, Eva Luz de Alvarado. Libro *“Metodología de la Investigación”*, Tercera edición, Organización Panamericana de la Salud, Washington, D.C. 2008.

5 <http://www.unicef.org/spanish/adolescence> (Fecha de acceso 24 de Febrero de 2014)

Según la OMS la adolescencia es el periodo comprendido entre los 10 y los 19 años de edad y de acuerdo el código de la niñez y la adolescencia de Costa Rica de 1998 se considera adolescente a toda persona mayor de 12 años y menor de 18 años que transcurre por una etapa transición y de desarrollo camino a la adultez.

Por lo tanto se describe a un adolescente como una persona que se encuentra en un período de cambios a nivel físico, emocional, afectivo, social y sexual que requiere de apoyos y recursos psicológicos y sociales con el fin de alcanzar el desarrollo de su identidad, planteamiento y desarrollo de un proyecto de vida satisfactorio.

El pensamiento desarrollado en esta edad se vuelve más flexible, se puede manejar un mayor número de operaciones mentales, comprender, discutir y acepta una amplia gama de situaciones. Se adopta el método hipotético inductivo donde puede realizar planificaciones y elaboración de proyectos a largo plazo.

En cuanto a los cambios emocionales los adolescentes deben enfrentarse a conflictos de la primera infancia, los cuales no han sido resueltos totalmente, la búsqueda de su identidad y el concepto de sí mismo como persona, el descubrimiento de los genitales en forma adulta facilitan la posibilidad real de reproducción y de sexualidad.

Entendemos como sexualidad humana como un aspecto central y fundamental en la vida de un ser humano. Abarca el sexo, las identidades y los papeles de género, la orientación sexual, el erotismo, el placer, la intimidad y la reproducción. Es una experiencia que se vivencia y se expresa a través de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes y valores. En la sexualidad actúan diversos factores tanto biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, éticos, religiosos, legales e históricos. Históricamente la mujer tiene el rol de la preservación de la especie.

Mientras que el término de reproducción está vinculado con los gametos y se trata de una función vital de los seres vivos la cual asegura la supervivencia de la especie, obteniendo descendientes. La reproducción humana como ya mencionamos es de tipo sexual, donde la unión de dos gametos de cada individuo se une y originan uno descendiente de sus progenitores. Los gametos son los espermatozoides y los óvulos formados cada uno en las gónadas (ovarios y testículos), determinando el comienzo del proceso de embarazo o gravidez.



A continuación relacionamos los conceptos de reproducción y sexualidad <sup>6</sup>. Ubicamos el control de la natalidad como forma de planificación familiar, donde se determina que las prácticas sexuales de una pareja tengan como fin no solamente el control de la cantidad de hijos, a través de los métodos anticonceptivos, como también la función de satisfacción sexual, mediante la búsqueda del auto placer y del placer de la pareja.

Aspectos importantes en la vida como el considerarse o no sujetos sexuales, la primera relación sexual, el noviazgo, el embarazo, la unión, la maternidad y la paternidad y las relaciones de género en la pareja, son parte de un amplio proceso que se analizan a continuación para entender como los adolescentes dan significado a su sexualidad y reproducción.

Es probable que el desarrollo sexual sea el aspecto más importante en ésta etapa de la vida. Se trata de un proceso con diferentes etapas del despertar sexual.

En la primera etapa, se identifican enamoramientos platónicos, sobre todo relacionados a sus ídolos. A continuación en la etapa del autoerotismo comienzan los primeros deseos sexuales que se satisfacen con la exploración y el conocimiento del propio cuerpo. Mientras que en la tercera etapa abarca el descubrimiento de sus pares, donde el deseo sexual se refleja en algún amigo o amiga, etapa en la que surgen las primeras parejas y enamoramientos. El inicio de la vida sexual activa determina la cuarta etapa y consiste en el comienzo de las relaciones sexuales propiamente dicho.

Todo este proceso está determinado por la glándula hipófisis o pituitaria, que se localiza en la silla turca y es la encargada de producir una serie de hormonas que influyen directamente en otras glándulas órganos, impulsando así el desarrollo. Por lo tanto el desarrollo sexual resulta de la interacción entre el sistema nervioso central, el hipotálamo, la adenohipofisis y las gónadas. La pubertad comienza con un acelerado incremento en la producción de las hormonas sexuales, aumentando la sensibilidad a nivel hipotalámico, incidiendo en que la hipófisis libere la hormona folículo estimulante y luteinizante.

El efecto emocional de las experiencias sexuales durante este periodo puede tener repercusiones en la escuela, en la familia y en sus vínculos. Dentro de los cambio psicosexuales aparece el interés atractivo por el físico del otro, también un interés en cuidar y resaltar su propio atractivo físico, existe una tendencia a la relación y al vínculo personal, se forma la función psicológica del impulso sexual y aparecen las conductas tendentes del auto placer como la

---

<sup>6</sup> <http://www.ligaeducacion.org/publicaciones-investigaciones.php> (fecha de acceso 26 de Febrero 2014)

masturbación. El interés creciente por el sexo, favorece la adquisición de conocimientos e información muchas veces errónea.

En este periodo se sale del seno familiar para compartir con el mundo de sus iguales, donde se supone un choque de creencias transmitidas sobre la sexualidad, con las que otros adolescentes y los medios de comunicación les aportan. La influencia de la familia en el desarrollo de adolescente es vital ya que si éste se forma dentro de una estructura familiar adecuada facilitara sus relaciones personales y su posterior integración dentro de la sociedad adulta donde deberá asumir nuevas responsabilidades. La familia por lo tanto se vuelve un núcleo esencial donde el adolescente encuentra el apoyo, la protección y el cariño necesario para suplir sus necesidades de independencia e identidad propias. La sexualidad debe ser educada desde las primeras edades de la vida, donde la familia cumple un destacado rol. Una sexualidad saludable implica la capacidad de elegir, de respetar la intimidad, la privacidad y los tiempos del otro. Es una fuente de comunicación de afectos, de sentimientos y de encuentro.

La sexualidad forma parte entonces del desarrollo normal del niño y del adolescente, desde la primera infancia con experiencias de sensaciones placenteras, por ejemplo al tocarse y ser acariciado, se observan expresiones de placer y afecto.

Según los matices de las diferentes etapas, la adolescencia se puede dividir en las siguientes, donde se evidencia la construcción de su propia sexualidad e identidad, a partir de la recolección de informaciones <sup>7</sup>.

La adolescencia temprana abarca desde los 10 a los 13 años de edad y está definida biológicamente por el periodo peri puberal, donde ocurren grandes cambios corporales y funcionales como la menarca en las niñas. Psicológicamente y afectivamente el adolescente comienza a perder interés por los padres e inicia amistades generalmente del mismo sexo. Intelectualmente aumentan las capacidades cognitivas y sus fantasías, no controla sus impulsos y se plantea metas vocacionales, muchas veces irreales. Se preocupa mucho por los cambios corporales y por su aceptación social.

Mientras que en la adolescencia media, hasta los 16 años, se ha completado casi en su totalidad el crecimiento y desarrollo físico. Comparten valores propios y buscan un grupo de identidad, generando muchas veces conflictos familiares y sociales. Para la mayoría es la etapa de iniciación sexual y asumen una actitud omnipotente e invulnerable generadora de riesgos.

---

<sup>7</sup> Schulte BE, Price LD, Gwin JE. Libro *"Enfermería Pediátrica de Thompson"* Cap.15, 8ª Edición. Madrid, Editorial Mc Graw-Hill Interamericana, 2002..

En la adolescencia tardía, casi no ocurren más cambios corporales y logran en su mayoría la aceptación por su imagen corporal, se espera que sus valores presenten una perspectiva más adulta y responsable, donde desarrollan su propio sistema de valores con metas vocacionales reales.

Es importante distinguir entre adolescencia y pubertad, ya que muchas veces son usadas como sinónimos. La pubertad es un proceso biológico, mientras que la adolescencia es un fenómeno mucho más amplio que incluye un ámbito psicosocial. A diferencia de la pubertad, que comienza a una edad determinada, a los 9 años en las niñas y a los 11 años en los varones debido a cambios hormonales, la adolescencia puede variar mucho de edad y en duraciones cada individuo vemos que está relacionada no solamente con la maduración física y de la psiquis sino que depende de factores físicos y sociales amplios y complejos originados principalmente en el seno familiar. La adolescencia es un fenómeno biológico, cultural y social, por lo tanto sus límites no se asocian solamente a características físicas.

La pubertad etimológicamente proviene del latín “pubere” cubrirse de vello el pubis y se define como el tiempo en el cual las características físicas y sexuales de un niño o niña maduran debido a cambios hormonales. La edad exacta en la cual un niño ingresa a la pubertad depende de diversos factores como los genes, la nutrición y el sexo de la persona. Las glándulas endócrinas producen hormonas que irán causar cambios corporales y el desarrollo de las características sexuales secundarias. En las niñas, los ovarios comienzan a aumentar la producción de estrógeno y en los niños aumenta la producción de testosterona. Mientras que las glándulas suprarrenales producen hormonas que provocan un aumento en la sudoración de las axilas, el olor del cuerpo, el acné, el vello axilar y el púbico. Este proceso se denomina adrenarquía. Mientras que en las niñas el desarrollo de las mamas es el signo de comienzo de la pubertad y a éste proceso le sigue el primer período menstrual, llamado menarquía.

Antes de la llegada de la menarquía una niña presentara varios cambios como, aumento de la estatura, ensanchamiento de las caderas, secreciones vaginales claras o blanquecinas, crecimiento del vello púbico, de las axilas y de las piernas. Los ciclos menstruales van ocurrir aproximadamente en un periodo de un mes (de 28 a 32 días) y suelen ser irregulares al comienzo. Luego que comienza la menstruación, los ovarios empiezan a producir y liberar óvulos, los cuales han estado almacenados en dichos ovarios desde el nacimiento. Cada mes, después que comienza la menstruación, un ovario libera un huevo llamado óvulo, que baja por la trompa de Falopio, que conecta el ovario al útero. Cuando el óvulo llega al útero, el revestimiento uterino llamado endometrio se vuelve grueso. Esto sucede que si el óvulo es fertilizado, puede crecer y desarrollarse en dicho revestimiento. Si el óvulo no se encuentra con el espermatozoide, no es fecundado, entonces se disuelve. El revestimiento

que se ha engrosado se desprende en forma de flujo sanguíneo que sale del cuerpo a través de la vagina como menstruación.

Aunque una niña haya alcanzado la madurez física completa, la maduración educativa y emocional continúa.

En los niños el primer signo de la pubertad es el agrandamiento de ambos testículos. Luego generalmente experimentan, crecimiento acelerado sobre todo en la estatura, crecimiento de vello en el área de brazos, la cara y el pubis, aumento del ancho de los hombros, crecimiento del pene, del escroto y los testículos, eyaculaciones durante la noche y cambios en la voz.

Los testículos producen constantemente espermatozoides. Algunos se almacenan en una estructura llamada epidídimo, otras veces son expulsados a través de las poluciones nocturnas o eyaculaciones.

Por lo tanto, la pubertad, se refiere al proceso de cambios físicos en el cual el cuerpo de un niño se convierte en adulto, capaz de la reproducción y el aspecto más claro es la secreción de las hormonas del crecimiento.

La edad de aparición de la pubertad puede establecerse en distintos niveles, adelantada, precoz y retrasada. En la pubertad adelantada los caracteres sexuales aparecen a los 9 años y hasta menos en el varón, y a los 8 años en las niñas. Generalmente le ocurre a niños y niñas cuyos padres y madres presentaron los mismos signos a temprana edad, por lo tanto suele ser de origen hereditario. En la pubertad precoz ocurre en edades inferiores a las citadas y puede ser patológica. Mientras que la pubertad retrasada tiene pocos síntomas y evolución lentamente y puede resultar patológica.

Dentro de los cambios físicos de la pubertad se considera la talla, como uno de los cambios más notorios, el peso que se debe al crecimiento de los huesos y músculos, también se desarrollan las glándulas sebáceas y sudoríparas. Las características sexuales secundarias se definen y se desarrollan en diferentes tiempos, orden y alcanzan su madurez en distintas edades para el hombre y la mujer. Cada cambio físico conlleva un proceso de identidad y aceptación.

En el mundo existen 580 millones de niñas adolescentes. Mientras que actualmente existen en América Latina y el Caribe más de 106 millones de jóvenes entre 15 y 24 años de edad, de los cuales el 39 % viven en la pobreza. Alrededor de un 25 a un 32 % de la población entre 1 y 24 años de edad viven con algún factor de riesgo tales como la deserción escolar, la maternidad y paternidad adolescente, el desempleo, la adicción a las drogas, violencia, pobreza, infecciones de transmisión sexual. América Latina y El Caribe es la única región donde los partos de niñas de menores de 15 años aumentaron,

según el Informe de la Población mundial 2013, se espera que estos partos aumenten un poco hasta 2030 <sup>8</sup>

Desarrollando los factores de riesgo en la adolescencia en cuanto a lo que se refiere a las infecciones de transmisión sexual, datos acerca de la infección por VIH muestran que en el Caribe se encuentra la segunda tasa más alta de prevalencia de SIDA en el mundo, donde los adolescentes cada vez se ven más afectados. Aproximadamente medio millón de adolescentes viven con VIH/SIDA en América Latina y el Caribe. La feminización del VIH es preocupante, es seis veces más incidente entre mujeres de 15 a 24 años que en hombres de esa misma edad. Según encuestas demográficas de la región, 1 de cada 5 mujeres adolescentes tuvieron una ITS o síntomas en los últimos 12 meses (Khothari, 2012). Unos 35 millones de niños y niñas de entre 3 y 18 años de edad no concurren a la escuela, muchas veces por falta de recursos económicos.

América Latina y el Caribe son considerados unas de las regiones más violentas del mundo, aproximadamente seis millones de adolescentes sufren diversos tipos de violencia, incluyendo el abandono familiar. Los varones adolescentes tienden a ser golpeados en casa, en la escuela o en su comunidad mientras que las niñas se encuentran en mayor riesgo de sufrir abuso sexual y acoso por parte de un adulto, muchas veces dentro de su propia familia. El adolescente vulnerable muchas veces es reclutado para realizar trabajos ilegales y peligrosos, como el crimen organizado, tráfico de drogas, prostitución y pornografía infantil. De todos estos conflictos surgen los problemas con la ley y sus consecuencias, en América Latina y Caribe existen 8 países que permiten que los adolescentes sean juzgados y procesados como un adulto.

Para comenzar a desarrollar las tasas de fecundidad en las adolescentes entendemos como fecundidad como la realización efectiva de la fertilidad, es decir, la reproducción biológica en cualquier especie. La fecundidad es el número de los hijos que se tienen.

En biología, fecundidad es el potencial reproductivo de un organismo o población, medido por el número de gametos. La fecundidad es controlada tanto por la genética como por el ambiente. El término fecundación se utiliza como sinónimo de fertilización.

En ecología de poblaciones, la fecundidad es un concepto importante y bien estudiado <sup>9</sup>. Puede incrementarse o decrecer dentro de una población según ciertos factores de regulación. Por ejemplo, en malas épocas producidas por

---

8

[http://www.unicef.org/costarica/docs/cr\\_pub\\_Desafios\\_maternidad\\_adolescencate](http://www.unicef.org/costarica/docs/cr_pub_Desafios_maternidad_adolescencate) (fecha de acceso 26 de Febrero 2014).

carencia de comida, la fecundidad juvenil, e incluso la de los adultos, muestran tendencia a decrecer.

Como concepto demográfico, se mide por el número medio de hijos que tiene una generación, habitualmente referido a la mujer a lo largo de su vida reproductiva (índice de fecundidad o tasa de fecundidad), o mediante la tasa de fecundidad general (número de nacimientos por cada mil mujeres en edad fértil en un año). No debe confundirse con la natalidad, que es el total de nacidos vivos en un año.

Es característica del Antiguo Régimen demográfico una fecundidad muy alta, por encima de cuatro hijos por mujer, y lo mismo ocurrió durante la transición demográfica, y actualmente en los países menos desarrollados, que no la han completado.

También puede elaborarse un indicador transversal a partir de la fecundidad de las personas de distintas edades que viven en un mismo año, asimilándolas a las sucesivas edades de una generación considerada ficticia. Este indicador será el Índice sintético de fecundidad (ISF) de un año en particular, de hecho es el indicador más común y generalmente llamado, sin más aclaraciones, 'fecundidad' del año considerado. La simulación es similar al cálculo de la esperanza de vida al nacer para las personas de diferente edad en un año histórico cualquiera.

La fecundidad adolescente no es homogénea por zona o región del mundo ni a lo largo de la historia, ni por disposición geográfica, ni según los aspectos psicosociales y culturales.

La fecundidad adolescente en Uruguay tuvo incrementos coyunturales entre 1996 y 1998, alcanzado una tasa de fecundidad adolescente de 72 nacimientos anuales por cada mil mujeres <sup>10</sup>.

Como consecuencia de la fecundidad humana se obtiene una gestación o embarazo, el cual se trata de un proceso en el que crece y se desarrolla el feto en el interior del útero. El embarazo se inicia en el momento de la anidación del huevo y termina con el parto. La definición legal del embarazo sigue a la definición médica. Para la Organización Mundial de la Salud (OMS), el embarazo inicia cuando termina la implantación. La implantación, es el proceso que comienza cuando se adhiere el blastocito a la pared del útero. Esto ocurre 5 o 6 días después de la fertilización o fecundación. Entonces el blastocito, penetra el epitelio uterino e invade el estroma. El proceso, se completa cuando la protuberancia y el defecto en la superficie del epitelio se cierran. Esto ocurre entre el día 13-14 después de la fertilización.

---

9 <http://www.eumed.net/cursecon/2/demografia.htm> . (fecha de acceso 26 de Febrero, 2014).

10 <http://www.fcs.edu.uy/adolescentesenuruguay>. (fecha de acceso 26 de Febrero, 2014).

Una vez iniciado el embarazo en la especie humana, las mujeres atraviesan un proceso que dura 40 semanas a partir del fin de la última menstruación o 38 semanas a partir del día de la fecundación. Por lo común se asocia a 9 meses. Dentro del útero, el producto está flotando en el líquido amniótico, y a su vez el líquido y el producto están envueltos en la bolsa amniótica, que está pegada al útero. En el cuello del útero, se forma un tapón durante el embarazo para evitar que salga el líquido. Y como barrera al ingreso de cuerpos extraños; lo que facilita mucho las relaciones sexuales durante el embarazo, que siguen erotizando a la pareja.

Mientras permanece dentro, el producto de la fecundación, cigoto, embrión o feto obtiene nutrientes y oxígeno y elimina los desechos de su metabolismo a través de la placenta. La placenta está pegada al útero y está unida al producto por el cordón umbilical, por donde recibe alimento.

De acuerdo a su desarrollo, el embarazo se suele dividir en tres etapas de tres meses cada una, con el objetivo de simplificar la referencia a los diferentes estados de desarrollo del feto.

Durante el primer trimestre el riesgo de aborto es mayor (muerte natural del embrión o feto). Esto tiene mayor incidencia en embarazos conseguidos mediante fecundación in-vitro, ya que el embrión implantado podría dejar de desarrollarse por fallos en los cromosomas heredados de los gametos de sus progenitores. Durante, el segundo trimestre el desarrollo del feto puede empezar a ser monitoreado o diagnosticado. El tercer trimestre marca el principio de la viabilidad, que quiere decir que el feto podría llegar a sobrevivir de ocurrir un nacimiento temprano natural o inducido.

La gestación durante la adolescencia es considerada por la OMS como un embarazo de riesgo, debido a las repercusiones que tiene sobre la salud de la madre adolescente y su hijo, además, de las consecuencias psicológicas y sociales, las cuales se duplican en las adolescentes menores de 20 años <sup>11</sup>.

Los síntomas de un embarazo incluyen:

Amenorrea o falta del período menstrual.

Agotamiento o somnolencia.

Aumento del tamaño de las mamas.

Distensión abdominal.

Náuseas y vómitos.

Mareos y desmayos.

---

11 <http://www.who.int/bulletin/volumes/87/6/09-020609/es/> **Boletín de la Organización Mundial de la Salud .Embarazo en adolescentes: un problema culturalmente complejo (fecha de acceso 22 de Febrero 2014)**

Al examen pélvico las paredes vaginales aparecen decoloradas o de color azul morado, el cuello del útero reblandecido, con ablandamiento y ampliación del tamaño del útero. Las pruebas de embarazo en sangre y orina son positivas. Mediante la ecografía se confirma el embarazo, las semanas aproximadas de gestación y la fecha probable de parto. Muchas adolescentes no esperan quedar embarazadas y lo niegan hasta que los síntomas sean evidentes

El proceso reproductivo durante la adolescencia implica la presencia de daños y de riesgos y se debe a la interrelación de un conjunto de características biológicas, genéticas, sociales, ambientales, culturales, económicas y políticas, conocidas como factores de riesgo reproductivo. La OMS recomienda que todo embarazo debe ser considerado en principio de bajo riesgo hasta que se demuestre lo contrario, según la organización el 75% de los embarazos pueden ser catalogados como normales, el 25 % restante requerirá cuidados clínicos, paraclínicos y o terapéuticos de mayor complejidad.

Una paternidad y maternidad responsables son el vínculo permanente de sangre o relación entre el padre y la madre en la edad adulta, con sus hijos e hijas con reconocimiento social que entraña sentimientos derechos y obligaciones ejercidos con responsabilidad para el desarrollo integral de la familia <sup>12</sup>.

La maternidad temprana es reconocida en el mundo como un factor que afecta el bienestar y la salud reproductiva de las mujeres jóvenes, así como el ritmo y la dirección del desarrollo de un país. Algunas de las consecuencias de la paternidad y maternidad en la adolescencia son el abandono de los estudios el embarazo fué una de las causas más frecuentes, en un estudio de Lisnkin en 1986 los motivos pueden ser por vergüenza o por planes de educación formal difíciles de cumplir. Las madres adolescentes muchas veces pertenecen a sectores sociales desprotegidos y en las circunstancias en que ellas crecen, su adolescencia tienen características particulares. Para el padre en edad adolescente las consecuencias en su mayoría son como ya lo nombramos la deserción escolar para abastecer la mantención de su familia es común que tengan trabajos mal pagos, todo esto genera estados emocionales de tristeza y de incapacidad de mantención de una familia. Lejos de poder tener una paternidad feliz.

En Guatemala, donde los recursos son limitados, constituye un factor que determina las vidas de muchas personas jóvenes aún sin la carga adicional de la paternidad, es imperativo abordar las consecuencias sociales y sobre la salud de los altos niveles de maternidad adolescente.

El embarazo adolescente como factor de riesgo determina que en América Latina y el Caribe se registre la tasa más alta de embarazos adolescentes del

---

12 <http://www.buenastareas.com/ensayos/maternidad-y-paternidad-responsable/7597052.html>.(Fecha de acceso 27 de Febrero, 2014).



mundo. Identifica que un 38% de las mujeres de la región se embarazan antes de cumplir sus 20 años de edad, donde el 20 % de los nacidos vivos en la región son de madres adolescentes.

En el Caribe, el 82 % de los hombres jóvenes y el 52 % de mujeres adolescentes de entre 10 y 18 años de edad refieren haber comenzado su actividad sexual a los 13 años, por lo tanto aproximadamente el 50 % de los adolescente menores de 17 años son sexualmente activos.

Otro dato relevante es que el embarazo adolescente es de 3 a 5 veces más frecuente en adolescentes de escasos recursos económicos.

Las adolescentes menores de 15 años tienen mayor posibilidad de morir en el parto que las mujeres mayores de 20 años. En el 2006 en El Salvador, el 27 % de todas las muertes maternas eran madres adolescentes <sup>13</sup>.

En una adolescente embarazada desde el punto de vista endocrinológico el eje Hipotálamo está inmaduro durante los primeros tres años siguientes a la menarca, por este motivo las menstruaciones son irregulares, el útero es de menor dimensión, el esqueleto no ha terminado de adquirir su tamaño definitivo destacándose la pelvis que está en crecimiento, que no tiene la inclinación ni los diámetros adecuados para el feto por lo tanto hablamos de embarazo de alto riesgo, porque presentan desventajas biológicas y tienen más problemas en los partos.

El Riesgo es la vulnerabilidad ante un posible potencial de perjuicio o daño para las unidades o personas, organizaciones o entidades. Cuanto mayor es la vulnerabilidad mayor es el riesgo, pero cuanto más factible es el perjuicio o daño, mayor es el peligro. Por tanto, el riesgo se refiere sólo a la teórica "posibilidad de daño" bajo determinadas circunstancias, mientras que el peligro se refiere sólo a la teórica "probabilidad de daño" bajo esas circunstancias.

En lo que se refiere al riesgo reproductivo, es la probabilidad o grado de peligro que tienen tanto la mujer en edad fértil y su producto potencial, de experimentar enfermedad, lesión o muerte en caso de presentarse un embarazo y afectara no solo al binomio sino a su familia y a la comunidad. Es además, un indicador de necesidad que permite identificar aquellas mujeres, familias y comunidades más vulnerables. La prevención de la enfermedad y muerte durante el proceso de reproducción es uno de los pilares fundamentales y el principal instrumento para lograr este objetivo, es el manejo del concepto de riesgo reproductivo, el cual está basado en un enfoque de riesgo.

Un factor de riesgo es una característica o circunstancia detectable en individuos o en grupos, asociada con una probabilidad incrementada de

---

<sup>13</sup> [http://www.unicef.org/lac/Fast\\_facts\\_SP\(1\).pdf](http://www.unicef.org/lac/Fast_facts_SP(1).pdf). (fecha de acceso 27 de Febrero, 2014).

desarrollar o estar especialmente expuesta a un proceso mórbido. Los riesgos reproductivos a su vez se dividen en factores:

Factores biológicos:

- Abortos previos.
- Antecedentes de mortalidad perinatal.
- Antecedentes de cesárea.
- Antecedentes de parto prematuro.
- Bajo peso al nacer.
- Hemorragia puerperal.
- Infecciones urinarias recurrentes.
- Periodo intergenésico menor a 2 años.
- HTA.
- Diabetes.
- Cardiopatías.
- Patologías endocrinas.

Factores ambientales:

- Agua no potable.
- Falta de saneamiento.
- Áreas contaminadas.
- Áreas potencialmente tóxicas.
- No acceso a la electricidad.

Factores sociales:

- Soltería.
- Bajo nivel educativo.
- Bajo nivel económico.
- Controles prenatales insuficientes.
- Tabaquismo.

Pobreza.

Adiciones.

Desintegración familiar.

Factores económicos:

Dificultad en generar ingresos económicos.

Otros gastos prioritarios.

Dificultad en el acceso a fuentes de trabajo

Estilos de vida insanos:

Promiscuidad.

Adicciones.

Dieta inadecuada.

El enfoque de riesgo es un método epidemiológico que se utiliza para la atención de las personas, sus familias y comunidades, y se basa en que no todas las personas tienen la misma probabilidad de enfermarse o morir, sino que para algunas, ésta probabilidad es mayor.

La vulnerabilidad del daño reproductivo se debe a la presencia de ciertas características biológicas, psíquicas, genéticas, ambientales, sociales, culturales, económicas y políticas que interactúan entre sí. Estas características son conocidas como factores de riesgo. El daño es el resultado no deseado en función del cual se mide el riesgo <sup>14</sup>.

El riesgo obstétrico es el peligro de enfermedad o muerte durante el embarazo de la madre y su producto; y se puede clasificar en riesgo bajo, riesgo medio, riesgo alto y riesgo muy alto.

Son embarazos de riesgo bajo las gestaciones de las pacientes en las cuales no se detectaron factores que pongan en riesgo la salud de la mujer o del feto; por lo que estas pacientes pueden ser controladas con los recursos del primer nivel de atención.

Mientras que en el riesgo medio se ubican las mujeres que presentan, actualmente o en forma de antecedentes uno o varios factores de riesgo que aumentan la probabilidad de daño para la concepción ya sea durante el período

---

14 [http://www.scielosp.org/versión On-line](http://www.scielosp.org/versión%20On-line) ISSN 0864-3466. **Rev Cubana Salud Pública v.29 n.2 Ciudad de La Habana abr.-jun. 2003 (fecha de acceso 28 de febrero 2014)**

preconcepcional y/o gestacional en el cual incluiría al feto. Ejemplos de este tipo de riesgo son los siguientes: anomalías pélvicas, cardiopatías tipo I, controles de embarazo en cantidad insuficiente, diabetes, edad inferior a 16 años o superior a 35 años, fumadora, gemelaridad, hemorragia del primer trimestre, incompatibilidad al Rh, Rh negativo, incremento o disminución excesiva del peso corporal, infección materna, multiparidad, periodo intergenésico menor a 12 meses, sífilis.

En el nivel de alto riesgo se encuentran aquellas mujeres en las cuales se han identificado factores de riesgo, ya sean previos y/o actuales que aumenten la probabilidad de daño para la mujer en el momento de la concepción el cual incluirá al producto. Lo cual implica brindar atención al binomio en una institución de tercer nivel de atención para su control y seguimiento de los siguientes ejemplos: APP, anemia, drogadicción, alcoholismo, patologías endocrinas, hemorragia del segundo y tercer trimestre, alteraciones en el líquido amniótico, malformación fetal o cirugía uterina previa y mortalidad perinatal recurrente.

Dentro de los embarazos de muy alto riesgo ubicamos a las pacientes con cardiopatías tipo III y IV, estados hipertensivos durante el embarazo, retraso del crecimiento intrauterino y el crecimiento fetal por debajo del percentil según la edad gestacional.

En resumen los factores de riesgo reproductivo preconcepcional, aquellos factores ya presentados en la mujer o en su entorno antes del embarazo, destacamos la edad cuando es menor a 16 años o mayor a 35, el intervalo intergenésico que se define como el periodo de tiempo que existe entre gestación y gestación, menor a 2 años y antecedentes de mala historia obstétrica, como los abortos previos, muertes intrauterinas y neonatales.

Una mujer que presenta factores de riesgo preconcepcionales, seguramente ira a desarrollar la presencia de factores de riesgo obstétricos.

Existe un periodo llamado perinatal que comienza a las 28 semanas de gestación y culmina con los primeros 7 días de vida del recién nacido. Diversos factores de riesgo actúan durante esa etapa incidiendo en el embarazo, trabajo de parto, parto, puerperio y directamente en el recién nacido.

Cualquier alteración que se produzca en el período perinatal tendrá efectos no solo en la salud de la madre sino en el crecimiento y desarrollo del niño, disminuyendo sus aptitudes físicas y mentales, su capacidad de aprendizaje y su futuro rendimiento laboral. Estas secuelas significarán una mayor carga y tensión a la familia, a la comunidad y a las diversas instituciones sociales.

En las embarazadas menores de 15 años el embarazo es de alto riesgo obstétrico. Datos determinan que cada minuto muere en el mundo una mujer a

consecuencia de complicaciones en el embarazo, 300 conciben sin haberlo deseado o planeado y 200 adquieren alguna enfermedad transmitida sexualmente. Por esto, uno de los retos de la Organización Panamericana de Salud, ha sido "procurar una maternidad saludable". La organización está tratando de promocionar esta campaña a nivel de gobiernos, escuelas, educadores, organizaciones de desarrollo, medios de comunicaciones y de individuos.

Según la OMS, la mortalidad materna se define "como la muerte de una mujer durante el embarazo o 42 días después de éste". Cada año alrededor de 585,000 mujeres en el mundo, mueren como consecuencia de complicaciones del embarazo <sup>15</sup>.

En los países en vías de desarrollo mueren 480 madres por cada 100,000 bebés nacidos vivos y en los desarrollados, 27.

Según indica el OPS, las fallecidas pueden ser: una madre adolescente, sola, lejos de la ayuda profesional; una mujer que llegó al hospital con hemorragia y muy tarde para salvar su vida; una mujer que, en su desesperación, recurrió al aborto para terminar con un embarazo no planificado; una mujer con varios hijos que no asistió a la atención prenatal a tiempo para identificar y prevenir complicaciones. Y según han visto, la mayor proporción de años de vida sanos perdidos por mujeres en edad reproductiva, son atribuibles a problemas relacionados con el embarazo y el parto.

Dentro de las principales causas de mortalidad materna encontramos:

Hemorragia.

Hipertensión gestacional.

Infecciones.

Aborto practicado en malas condiciones.

Dificultades en el parto.

Complicaciones en el puerperio.

Durante siglos la presión arterial alta durante el embarazo (pre eclampsia) ha sido una de las causas de muerte de la madre, el feto o el recién nacido. Cuando viene acompañada de convulsiones ya se está en presencia de la

---

<sup>15</sup> <http://www.scielosp.org/> version Online ISSN 0864-3466. Gloria Acosta Suárez y Epifanía Medina Artilles. Revista Cubana de Enfermería "Líneas de Investigación en Enfermería", V.13 N.2 Ciudad de la Habana, Enero-Marzo, 2006. (Fecha de acceso 02 de Enero, 2014).

eclampsia; en que el feto queda privado de oxígeno y la placenta se puede dañar o se separa.

Normalmente, la presión sanguínea de la mujer baja un poco a mitad del embarazo; en parte, por el aumento del volumen de sangre, y en parte, debido al relajamiento de los vasos sanguíneos. Con la eclampsia, la presión sanguínea no baja en esa época, y por el contrario, aumenta en las últimas semanas.

Las mujeres que corren mayor riesgo de padecerla son: primerizas menores de 20 años, o mayores de 35, mujeres que padecen de hipertensión crónica, o que han padecido de ella en un embarazo anterior que no fuera el primero, con diabetes, o en un embarazo múltiple.

Hay ciertas complicaciones que pueden ser fatales, como el embarazo extrauterino. Cuando surge un dolor abdominal severo repentino, puede ser síntoma de la ruptura de la trompa de Falopio, si se tiene un embarazo ectópico o fuera del útero en esa zona del cuerpo. Este embarazo no llega a su fin y puede ser peligroso y fatal sin atención médica inmediata.

Entre las mujeres que corren riesgo de padecerlo, aunque se desconocen sus causas, están aquellas que: usan dispositivo intrauterino, han tenido un embarazo previo en las trompas; padecen de adhesiones a consecuencia de cirugía abdominal previa; embarazo por fertilización in vitro; tienen historia de endometritis. Otra de las complicaciones durante el embarazo es la diabetes gestacional, las madres que la padecen corren un alto riesgo de hipertensión, pre eclampsia, infecciones del tracto urinario, diabetes y parto por cesárea. La incompatibilidad de Grupo Rh es una afección que se desarrolla cuando una mujer embarazada tiene sangre Rh negativa y él bebe Rh positivo. El sistema inmunitario de la madre no reconoce a los glóbulos rojos del bebe pasan a su torrente sanguíneo, generando anticuerpos, que reingresan al bebe a través de la placenta destruyendo los glóbulos rojos del mismo, se produce bilirrubina que puede causar consecuencias leves hasta mortales en el feto. Existe un tratamiento en el cual se isoimmunizan a la madre y su hijo, el cual la mujer debe seguir en cada embarazo y se diagnostica durante los primeros controles prenatales.

El control prenatal durante el embarazo consiste en la atención que recibe del equipo de salud la embarazada en todo el desarrollo del mismo hasta el parto. Es de suma importancia debido a que en los controles se detectan enfermedades maternas, se realiza prevención, diagnóstico y tratamiento de complicaciones, se vigila el crecimiento y desarrollo fetal, además de preparar

a la mujer para el nacimiento brindando información de calidad <sup>16</sup>. Un adecuado control prenatal debe cumplir con los siguientes requisitos:

Precoz.

Periódico.

Completo.

De amplia cobertura.

Un control precoz es aquel que se realiza dentro del primer trimestre de embarazo, periódico es cuando la frecuencia se ajusta de acuerdo al riesgo del embarazo, completo debido a que las acciones deben estar dirigidas a fomentar, protección, recuperación y rehabilitación de la salud en caso de complicaciones, y de amplia cobertura para disminuir las tasas de morbimortalidad contando con un equipo multidisciplinario y con instalaciones tecnológicas cuando se requieren.

En embarazos normales la frecuencia de los controles prenatales es:

1 vez por mes hasta el sexto mes.

1 vez cada 15 días en el séptimo y octavo mes.

1 vez por semana hasta el parto.

Lo mínimo son 6 controles prenatales, según normas del MSP. Los controles de forma rutinaria y extensiva, junto a otras medidas de salud como la atención institucional del parto, la determinación de criterios de centros de referencia y atención inmediata a los recién nacidos, contribuye a evitar lesiones maternas y perinatales y demás complicaciones.

Por diferentes causas los bebés pueden nacer antes de tiempo, o sea antes de la semana 37 de gestación o antes de los 8 meses de embarazo, que es el término para que un recién nacido desarrolle la suficiente madurez física y obtenga el peso adecuado para la supervivencia fuera del vientre materno. Sin embargo, la tecnología actual, los progresos en el conocimiento y la amplia experiencia que han logrado el personal de la salud y los centros médicos especializados ha mejorado el pronóstico y la calidad de vida de los bebés prematuros.

Los partos prematuros, las alteraciones en el crecimiento fetales, las enfermedades crónicas maternas, trabajo de parto prolongado, enfermedades renales, fiebre durante el trabajo de parto, rotura de membranas mayor a 24 horas, líquido amniótico meconial y polihidramnios, son características de los

---

<sup>16</sup> <http://www.mysu.org.uy/Embarazo-y-parto>. (Fecha de acceso 4 de Enero, 2014).

factores de riesgo en esta etapa perinatal. La prematuridad es la mayor causa de morbimortalidad neonatal, el bajo peso al nacer, problemas respiratorios principalmente el Síndrome de Distress Respiratorio, el cual consiste en una insuficiencia respiratoria debido a la falta de una proteína que recubre los alveolos pulmonares a partir de la semana 34 de gestación, las apneas que son un patrón respiratorio irregular que se caracteriza por pausas respiratorias prolongadas debido a la inmadurez del sistema nervioso central, la asfixia perinatal, problemas metabólicos de deficiencia o ausencia de productos esenciales para el metabolismo cerebral como la glucosa, o la insuficiencia de minerales como el calcio, potasio, sodio, fósforo, hierro y magnesio; la hiperbilirrubinemia que se debe a una elevada cantidad de bilirrubina, pigmento amarillo que se produce cuando se descomponen los glóbulos rojos de la sangre, en este caso los recién nacidos prematuros tienen mayor riesgo de sufrir parálisis cerebral e hipoacusia.

El prematuro tiene un alto riesgo de mortalidad porque todos sus órganos por ejemplo los pulmones, su sistema nervioso, el corazón, los riñones son inmaduros, por supuesto, y no están preparados para asumir sus funciones normalmente. En general un bebé promedio pesa entre 2500 y 3500 gramos aproximadamente, los bebés prematuros se encuentran por debajo de estos pesos y se ha logrado sacar adelante bebés con pesos menores a 1000 gramos <sup>17</sup>.

Uno de los problemas más frecuentes para los prematuros es la enfermedad de membrana hialina, la cual se refiere al déficit de surfactante pulmonar que es la sustancia que permite que los pulmones se expandan normalmente, o sea que se mantengan debidamente insuflados. Cuando el parto se presenta prematuramente, tal vez la maduración pulmonar no se ha llevado a cabo y el bebé tiene el riesgo de desarrollar dificultad respiratoria secundaria. Afortunadamente contamos con surfactante pulmonar como medicamento que al administrarlo al bebé directamente sobre sus pulmones, mejora de una manera importante esta enfermedad. A veces se hará necesario el apoyo de la ventilación por medio de máquinas externas denominadas ventiladores, mientras que el niño desarrolla los mecanismos necesarios para una respiración adecuada.

Los bebés prematuros por su inmadurez, bajo peso y escaso depósito de grasa tienden a perder calor corporal fácilmente, lo cual empeora su déficit respiratorio y demás problemas de la prematurez. Por esta razón es muy importante mantenerlos con la temperatura adecuada por medio del uso de incubadoras que les asegura la temperatura y humedad adecuadas.

---

17 Schulte BE, Price LD, Gwin JE. Libro *"Enfermería Pediátrica de Thompson"* Cap.15, 8ª Edición. Madrid, Editorial Mc Graw-Hill Interamericana, 2002.



De acuerdo al estado general del recién nacido y su grado de inmadurez, el bebé prematuro tal vez no se pueda colocar al seno para alimentarse inmediatamente, pero sí es muy importante que la madre tempranamente estimule sus senos y esté preparada para el momento en que pueda lactar a su bebé. También la leche materna se puede almacenar debidamente refrigerada y administrarla al bebé en pequeñas cantidades mientras va tolerando la alimentación paulatinamente.

Los prematuros son muy susceptibles a las infecciones, por esto se deben extremar las medidas de higiene antes de tocarlos, como un buen lavado de manos, evitar el uso de joyas y usar una bata limpia antes de visitarlos en las unidades de recién nacidos.

Estas entidades y otras pueden afectar a los bebés prematuros, quienes podrán ir a casa cuando ganen el peso suficiente, coman de manera adecuada, regulen su temperatura sin enfriarse y puedan desarrollar casi dentro de total normalidad la vida de cualquier recién nacido. La adecuada comunicación de los padres con el personal de salud y la colaboración con las recomendaciones y normas del cuidados de estos bebés son piezas claves para la adecuada evolución de estos niños.

Con la diabetes pasan varias cosas: lo más común es que los niños nazcan demasiado grandes y puedan sufrir un trauma en el momento del parto o que sea necesario hacer cesárea a la madre, a este fenómeno se denomina macrosomía fetal. Al nacimiento sus pulmones no se desarrollan tan bien como los de otros bebés, pueden tener muchos problemas con sus niveles de glicemia y llegar a tener convulsiones. La diabetes como ya la nombramos, puede aparecer durante el embarazo. Una mujer que nunca tuvo diabetes puede tener un tipo de la misma durante su embarazo llamada gestacional, que se la define como intolerancia a la glucosa, resulta en niveles elevados de glicemia en la sangre, y es muy común. Afecta a un embarazo de cada 15 ó 20 en los Estados Unidos.

Por eso, durante la primera visita a un médico, el mismo debe hacerle preguntas para saber si una mujer tiene el riesgo de tener DG. Si ella tiene sobrepeso o tiene antecedentes familiares de diabetes, exámen que se repite en cada trimestre de la gestación.

La DG, suele desaparecer después del parto. Pero muchas de estas mujeres están en riesgo de desarrollar diabetes tipo I o II entre cinco y 16 años después del embarazo.

En el otro extremo se encuentra el recién nacido prematuro, el cual se ha establecido que todo niño que tenga al nacer menos de 2 kilos 500 gramos, aunque tenga el tiempo exacto de gestación.

La posibilidad de supervivencia de un niño prematuro depende de su madurez y peso. De los que pesan al nacer 1.100 gramos, vive sólo el 6%. De los que pesan hasta 1.250 gramos, sólo sobrevive el 20%. Los bebés que pesan hasta 1.500 gramos tienen una supervivencia del 45%. Los que tienen un peso hasta 2.000 gramos sobreviven en el 90%. La supervivencia es mayor en las niñas.

Dentro de las causas de partos prematuros una vez más ubicamos el embarazo en madres adolescentes, además de otras causas como el exceso de trabajo y esfuerzos corporales, el consumo de sustancias tóxicas en forma excesiva, tales como tabaco, drogas o alcohol, siniestros de tránsito, trastornos metabólicos de la madre, diabetes y enfermedades infecciosas, placenta previa o ruptura de membranas, toxemia de la madre, partos gemelares y la falta de controles obstétricos <sup>18</sup>.

En las clínicas, el cuidado de esos prematuros no es fácil, a pesar de los extremos cuidados para su supervivencia, no se les puede dar el amor que una madre da, y a veces no progresan lo suficiente. El cuidado de los prematuros en departamentos especiales de las clínicas, anexos a los Retenes de Recién Nacidos, está bajo la dirección de médicos y enfermeras especializados. Los bebés son puestos en incubadoras con un alto grado de perfección, donde se les brinda una temperatura y una humedad semejantes a las del útero materno, con la necesaria dosificación del oxígeno. La respiración de los inmaduros y pocos desarrollados pulmones, su débil musculatura, les hace requerir un esfuerzo inmenso para sobrevivir.

Alimentar a un prematuro sin complicaciones es difícil, porque a veces no puede succionar y no tiene el reflejo de deglución. Las dietas son dosificadas y se demora mucho tiempo en tomar pequeñas cantidades, ya que sus reflejos nerviosos no están maduros.

En lo que se refiere a la mortalidad infantil, la definimos como el número de defunciones de niños durante su primer año de vida en una determinada población, de cada mil nacimientos. Se trata de un indicador relacionado con la pobreza, la calidad de la atención sanitaria y el desarrollo de un país y es uno de los indicadores más importantes en la planificación y desarrollo de las actividades en los programas de salud.

UNICEF se planteó como propósito para el 2015 reducir la mortalidad infantil en dos terceras partes de los 93 niños por cada 1000 que murieron antes de cumplir un año en 1990, al 31 por cada 1000 en 2015.

La OMS señala que las principales fuentes de mortalidad infantil en el mundo son las afecciones neonatales. Período que abarca desde el nacimiento hasta

---

18 [http://www.scielo.cl/Revista chilena de obstetricia y ginecología versión On-line](http://www.scielo.cl/Revista_chilena_de_obstetricia_y_ginecologia_version_On-line) ISSN 0717-7526 v.67 n.6 Santiago,2002.(Fecha de acceso 4 de Marzo, 2014).

los 28 días de vida se manifiestan afecciones congénitas y otras relacionadas con la falta de calidad en la atención de salud <sup>19</sup>.

Estas afecciones neonatales, las afecciones pulmonares y la diarrea explican el 70% de la mortalidad infantil en todo el mundo. Las mismas se pueden prevenir con adecuadas políticas materno-infantiles de prevención y atención primaria durante el embarazo, el parto y el primer año de vida del niño. Acciones las cuales son llevadas a cabo por enfermería, asistentes sociales y demás trabajadores sanitarios con la coordinación directa de profesionales médicos cuando se requiera. Estas acciones no requieren gran volumen de recursos públicos, y si esfuerzo y capacidad de gestión en la detección, seguimiento y control.

En nuestro país, de acuerdo a un estudio realizado en Julio de 2013 por el MSP muestra una tendencia a la suba en los últimos dos años. En el año 2010 la tasa era de 7,7 cada mil nacidos vivos, en el 2011 la cifra subió a 8,9 y durante el año pasado la tasa fue de 9,9 cada mil nacimientos <sup>20</sup>. Según el director del Programa de Salud de la Niñez del MSP, el incremento se puede explicar por el registro de bebés nacidos con menos de 500 gr, y a una sobrevivencia casi nula en estos casos, y por el aumento de casos de malformaciones congénitas. En el año 2011 hubo 99 muertes de bebés por causa de malformaciones congénitas, en 2012 se registraron 126. En los recién nacidos con menos de 500 gramos al nacer también hubo un aumento de 20 a 33 en el 2012.

En un congreso mundial de Medicina Perinatal en Punta del Este en 2011, se advirtió sobre el uso de Misoprostol como droga abortiva de efecto imprevisto si es mal utilizado puede provocar, el nacimiento de bebés prematuros como consecuencia de intentos de aborto tardíos. Hubo casos de mujeres que intentaron abortar luego de la semana número 18 de gestación y dieron a luz nacidos vivos con malformaciones congénitas y propensas a afecciones neonatales.

Por todas estas dificultades enfermería como profesión cumple un pilar de extrema importancia en la recuperación y rehabilitación. Definida como ciencia que abraza los cuidados, autónomos y en colaboración, que se prestan a las personas de todas las edades, familias, grupos, comunidades, enfermos o

---

19

[http://www.who.int/topics/millennium\\_development\\_goals/child\\_mortality/es/](http://www.who.int/topics/millennium_development_goals/child_mortality/es/)  
(Fecha de acceso 8 de Marzo, 2014).

20 Diario El País online, 5 de Julio 2013:  
<http://www.elpais.com.uy/informacion/mortalidad-infantil-volvio-aumentar.html>.  
(Fecha de Acceso 8 de Marzo, 2014).

sanos, que incluye la promoción de salud, la prevención de enfermedades, y los cuidados de los enfermos, en el cual la enfermera profesional cumple con las siguientes funciones fundamentales: la docencia, asistencia, investigación y administración. Cumpliendo un rol esencial en el binomio madre-hijo, donde la continuidad del buen estado de salud del niño es esencial para su supervivencia. Las intervenciones orientadas a la asistencia de los cuidados necesarios no solamente al individuo y si también a su entorno. En esa madre adolescente promover la prevención, cuidado y disminución de las complicaciones, el uso de los métodos anticonceptivos, facilitar su acceso a los servicios de salud, aumentar los conocimientos sobre las conductas de riesgo y conductas protectoras de salud.

Una enfermera profesional conoce el método científico y lo aplica a investigaciones científicas que aporten a la salud. El trabajo se lleva a cabo de manera sistemática de acuerdo a las propiedades de las necesidades del individuo, utilizando la administración como ciencia para lograr la adecuada gestión de todos los recursos disponibles.

Dentro de las acciones de enfermería profesional durante el embarazo adolescente destacamos

Brindar un abordaje interdisciplinario a la adolescente con un enfoque biopsicosocial que involucre a la pareja, familia o responsable.

Identificar de manera oportuna, durante el control perinatal, los factores de riesgo, para poder direccionar y derivar según las necesidades.

Brindar un cuidado de tipo humanizado e integral, de manera multidisciplinaria, generando apoyo también al núcleo en el cual esta insertado la adolescente.

Identificar las necesidades de cuidado de las gestantes.

Fortalecer y promover el auto cuidado.

Valorar la necesidad de asesoría psicología

Realizar promoción y prevención un nuevo embarazo no planificado

Verificar la vigencia de las inmunizaciones.

Luego del nacimiento el enfoque en la atención de salud al binomio están dirigidas por los Programas Plan Aduana y Setiembre, que se desarrollan bajo los principios de coordinación intrainstitucional e interinstitucional de los diversos sectores de salud privada y público <sup>21</sup>. Tiene como propósito asegurar

---

21 [http://www.suis.org.uy/pdf/programa\\_aduana.pdf](http://www.suis.org.uy/pdf/programa_aduana.pdf). (Fecha de acceso 5 de Marzo, 2014).

el control y seguimiento del recién nacido y el control y seguimiento de la puérpera adolescente, mejorar su calidad de salud promoviendo el auto cuidado y facilitando el vínculo con los equipos de salud, además de prevenir un nuevo embarazo no planificado.

Enfermería participa activamente de las siguientes acciones

- Captación del recién nacido referido desde el lugar del nacimiento.
  - Controles pediátricos, de enfermería .
  - Promoción de la importancia de los controles pediátricos y de las inmunizaciones.
  - Control y monitoreo de complicaciones con priorización ante situación de riesgo del binomio incidan en el proceso de crecimiento y desarrollo del niño.
  - Visita domiciliaria para un enfoque global de la madre y el niño en su entorno, cuando la situación lo requiera.
  - Apoyo y contención al binomio madre-hijo.
  - Fomentar y educar,la lactancia.
- 
- Derivación a otros especialistas como por ejemplo, nutricionista, fisioterapia, asistente social.
  - Elaboración y ejecución de un sistema de información y prácticas de evaluación.
  - Captación puerperal adolescente para el control, asesoramiento anticonceptivo, seguimiento y apoyo.

La enfermera solicitará el Carné Esquema de Vacunación (C.E.V.), para comprobar la vigencia del mismo, registrando en la planilla de gestión diaria y en la historia clínica si se encuentra o no vigente. El C.E.V., se rige según Protocolos de Atención, de La Comisión Honoraria para la Lucha Antituberculosa y Enfermedades Prevalentes, mediante el Programa Ampliado de Inmunizaciones (P.A.I.) <sup>22</sup>. Este programa con modificaciones se aplica a los países miembros de la OPS/OMS y UNICEF, cuya finalidad es poner la vacunación al alcance de todos los niños, en todo el mundo.

---

<sup>22</sup> <http://www.chlaep.org.uy/descargas/programa-inmunizaciones/objetivos-de-los-programas-de-inmunizacion-.pdf>

En Uruguay incluye nueve enfermedades: Tuberculosis, Poliomiélitis, Difteria, Tos Convulsa, Tétanos, Sarampión, Rubéola, Paperas y H. Influenza.

Las vacunas contra estas enfermedades son de aplicación obligatoria por la ley desde 1982, y el documento que garantiza el cumplimiento de ésta obligatoriedad es el C.E.V. Por lo tanto se considera persona vacunada a aquella que presente el certificado vigente. Quién no lo presente deberá recibir todas las vacunas y dosis necesarias de acuerdo a su edad.

Las vacunas son preparaciones con agentes infecciosos o parte de ellos (muertos o modificados para que no causen daño), o con sustancias tóxicas por ellas producidas, también modificadas para no causar enfermedad, que protegen contra determinadas enfermedades:

Dilución de Toxina atenuada (toxoides), como el caso de las vacunas de Difteria y Tétanos.

Suspensión de gérmenes o virus vivos atenuados, como es el caso de Polio Oral, BCG, Sarampión, Rubéola y Paperas.

Es necesario vacunar:

Para evitar las enfermedades prevenibles por vacunas, que pueden causar la muerte o dejar secuelas a una cantidad de niños.

Para proteger al niño antes de que haya tenido contacto con el agente causal de la enfermedad.

Las vacunas, por lo tanto constituyen uno de los ejemplos más claros de prevención primaria.

La vacuna introducida en el organismo provoca una "infección" aparente y benigna, que genera como respuesta una defensa prolongada llamada inmunidad, de duración variable para cada vacuna.

Algunas vacunas protegen en forma definitiva con una sola dosis, mientras que otras precisan varias dosis, y aun refuerzos.

Cada vacuna protege contra una sola enfermedad. Es posible asociar varias vacunas entre sí y esto facilita la aplicación de las mismas, por ej.: Difteria, Tos Convulsa y Tétano (DPT o Triple Bacteriana) o Sarampión, Rubéola y Paperas (SRP o Triple Viral).

La inmunidad en los primeros meses de vida la trasmite la madre a su hijo si fue vacunado o sufrió la enfermedad. Esta inmunidad transmitida de origen materno, disminuye durante los primeros meses de vida en tiempo diferente para cada enfermedad.

Para la Tos Convulsa y la Tuberculosis no hay inmunidad transmitida. El niño pequeño responde precozmente a la vacunación a edades variables para cada vacuna.

La BCG, es una vacuna que previene contra la Tuberculosis. Es una enfermedad que se transmite a través de gotitas suspendidas en el aire, procedente de secreciones respiratorias del enfermo (por la tos o estornudo). Otros modos de contagios son excepcionales.

La primera dosis de la vacuna de BCG se da cuando el niño nace. El refuerzo a los cinco años.

La antipoliomelítica, previene contra la Poliomiélitis o Parálisis Infantil. Es una enfermedad causada por un virus que se presenta como enfermedad parálitica de uno o varios miembros. Muchas personas pueden tener el virus aunque no tengan la enfermedad. Se transmite de una persona a otra, por materia fecal contaminada y por secreciones bucales.

La vacuna Antipolio o Polio se aplica en tres dosis:

Primer dosis al segundo mes de vida.

Segunda dosis al cuarto mes de vida.

Tercer dosis al sexto mes de vida.

El refuerzo a los doce meses.

La DPT o Triple Bacteriana, previene contra la Difteria, Tos Convulsa y Tétanos.

Difteria: es una enfermedad bacteriana aguda y grave que afecta la garganta (faringe, amígdalas) o las vías respiratorias (laringe, nariz). Se transmite por contacto de una persona sana con un enfermo o con otra persona sana portadora del agente infeccioso.

Tos Convulsa: es una enfermedad respiratoria aguda de causa bacteriana que es grave en los niños pequeños. Se transmite de persona a persona sobre todo por contacto con secreciones respiratorias de personas infectadas.

Tétanos: es una enfermedad del sistema nervioso causada por acción de una sustancia que produce un agente infeccioso. Es especialmente grave en el recién nacido por contaminación del cordón umbilical, inmediatamente después del parto. El Tétanos, no es una enfermedad contagiosa se contrae por infección de una herida con tierra o polvo contaminado por excremento animales.

La vacuna DPT, que protege de éstas enfermedades se aplica en tres dosis:

Primer dosis al segundo mes de vida.

Segunda dosis al cuarto mes de vida.

Tercer dosis al sexto mes de vida.

El primer refuerzo se da a los doce meses y el segundo a los cinco años de edad.

La Doble Bacteriana, previene contra Difteria y Tétanos.

Todo niño que recibió la dosis y refuerzos de DPT, recibe al cumplir doce años una dosis de Doble Bacteriana como refuerzo.

En lo que se refiere a la Antitetánica, quienes hayan sido correctamente vacunados con la triple bacteriana y doble bacteriana, recibirán un refuerzo de Antitetánica cada diez años. A un niño que va a nacer se lo protegen contra el tétanos vacunando a la madre contra el embarazo.

La SRP o Triple Viral, previene contra el Sarampión, Rubéola y Paperas.

Sarampión: es una enfermedad producida por virus y es altamente difusible. Se manifiesta por muchos síntomas, entre los que se destaca la erupción característica en la piel y mucosas. Se transmite persona a persona por sus secreciones nasales o faríngeas y es una de las enfermedades que se transmite con mayor facilidad.

Rubéola y Paperas: son enfermedades infecciosas agudas de causa viral. La importancia de estas enfermedades radica en sus consecuencias principalmente malformaciones o enfermedades congénitas de niños cuya madre tuvo rubéola en el embarazo y la afectación de la capacidad reproductora entre otras complicaciones en el varón que padeció paperas luego del desarrollo.

La vacuna SRP se aplica a los 12 meses de edad y un refuerzo a los cinco años.

La HIB, previene enfermedades producidas por Haemophilus Influenza tipo B. Fundamentalmente la Meningitis producida por éste germen y otras formas invasivas. La meningitis por HIB ocurre en forma endémica. Su incidencia es mayor en los niños menores de 5 años, los que representan el grupo de riesgo más importante. En nuestro país, el 90 % de los casos se registran entre los niños menores de 30 meses y la letalidad es aproximadamente 10 %.

La Pentavalente, actualmente se aplica una vacuna combinada, que incluye la vacuna DPT, la vacuna HIB y la vacuna hepatitis B.

Las edades de vacunación son: 2, 4, 6 y 12 meses de edad.

La Hepatitis B, es una enfermedad producida por el virus hepatitis B, que afecta al hígado y pueda causar hepatitis aguda o crónica, cirrosis y cáncer hepático. Las personas con una infección crónica pueden no presentar síntomas pero pueden ser contagiosas.

La enfermedad se trasmite a través de la sangre, semen, y secreciones vaginales de personas infectadas. Es frecuente la transmisión de usuarios de drogas inyectables que comparten jeringas. También pueden transmitirse de madre a hijo durante el embarazo o el parto.

La vacuna se aconseja a los 2, 4, 6, y 12 meses de edad incluida en la vacuna pentavalente.

A los 12 años de edad (entre 12 y 14 años), se indica tres dosis. La segunda dosis al mes de la primera, la tercera a los 6 meses de la primera.

El virus Varicela Zoster puede producir dos enfermedades: la varicela que resulta de la infección primaria por el virus y el Herpes Zoster, que se produce por su reactivación.

La varicela es una enfermedad muy contagiosa, frecuente en la niñez. Se caracteriza por la aparición de erupción vesiculosa. Las vesículas contienen líquido claro, simulando “gotas de rocío”, que posteriormente se vuelven turbios, luego se forman costras que se desprenden sin dejar cicatriz. Las lesiones aparecen en brotes sucesivos y predominan en cabeza y tronco. La enfermedad dura de dos a cuatro semanas.

La vacuna está indicada a los 12 meses de edad, junto con la vacuna SRP. La enfermera solicitará el CEV para comprobar la vigencia del mismo, registrando



en la planilla de gestión diaria y en la Historia Clínica si se encuentra vigente<sup>23</sup>.

Comprometernos como enfermeras profesionales en la salud de esas madres adolescentes influirá positivamente en diversos aspectos nacionales. Pero enfermería no solo cumple sus funciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación dentro de un centro asistencial, modalidades como la visita domiciliaria permite a enfermería influir positivamente en el proceso salud-enfermedad de una familia. Familia que definimos como un grupo de personas del hogar que tienen cierto grado de parentesco por sangre, afectivos o de adopción. Como ya lo nombramos anteriormente la familia cumple un rol fundamental en el adolescente en el sentido de pertenencia de grupo del mismo.

En resumen diremos que la más experta enfermera profesional especializada en prematuros, no supe a la madre. La enfermera tiene que atender a varios niños y la madre sólo al suyo. Su amor y cariño le darán la posibilidad de llegar a ser un adulto sano.

El embarazo adolescente es considerado por la OMS como un embarazo de riesgo, debido a las repercusiones ya citadas anteriormente, que tiene sobre la salud de la madre y del hijo. Es prioridad para un sistema de salud público de cualquier país, por lo que se desarrollan diversas acciones orientadas a la prevención del embarazo precoz y a la reducción de los efectos adversos, como por ejemplo los abortos inseguros.

Para brindar entonces una atención de calidad, integral que cubra las necesidades y expectativas de los usuarios, el Senado y la Cámara de Representantes de nuestro país reunidos en Asamblea General el día 13 de Diciembre de 2007 decretan la normativa referente a la creación, funcionamiento y financiación de un Sistema Nacional Integrado de Salud, Ley N° 18.211<sup>24</sup>.

Según Hugo Villar un sistema nacional integrado de salud, consiste en un conjunto de servicios de salud públicos y privados de una nación, integrados en forma de red en una estructura única de organización, con un organismo central de gobierno que define políticas y normas generales, con niveles de atención definidos e interrelacionados, con niveles de atención intermedios y locales descentralizados, y tiene como propósito esencial asegurar una

---

23 <http://www.sup.org.uy/Vacunas>. (Fecha de acceso 5 de Marzo, 2014).

24 <http://www.parlamento.gub.uy/leyes/ley18987interrupcionvoluntariadelembarazo30/octubre2012>. (Fecha de acceso 6 de Marzo, 2014).

cobertura universal, equidad en las prestaciones y en la financiación, eficacia y eficiencia y una atención integral a la salud del individuo.

La reforma de salud propuesta por el Parlamento, determina universalizar el acceso a la salud, dar justicia en el mismo, equidad en los gastos y el financiamiento de esta, calidad asistencial y devolver sustentabilidad al sistema de salud. Se desarrollan actividades en el marco de la estrategia de Atención Primaria de la Salud, aumentando la capacidad resolutoria del primer nivel de atención.

El Sistema Nacional Integrado de Salud brinda acceso a todos los residentes en Uruguay, otorgando una prestación integral. Se crea el Fondo Nacional de Salud, generado por los aportes de los trabajadores, empresas y del estado.

Dentro de las metas prestacionales del sistema, destacamos

Salud del niño hasta los 14 meses: incluye la promoción de la salud, de la lactancia materna y del control y crecimiento del niño.

Salud de la mujer: promoción de la salud, captación y control del embarazo, salud sexual y reproductiva y prevención del cáncer.

Programa materno-infantil: captación del recién nacido, seguimiento durante el primer año de vida, prevención y detección precoz de patologías durante el embarazo, captación del recién nacido y de la embarazada.

Los distintos niveles de atención de salud se dividen según el grado de complejidad de atención brindada <sup>25</sup>.

Un nivel de atención es el conjunto de establecimientos de salud con niveles de complejidad necesaria para resolver con eficacia y eficiencia necesidades de salud de diferente magnitud y severidad.

En el primer nivel de atención se asisten aproximadamente el 80% de la población. La severidad de los problemas de salud es baja. Se desarrollan actividades de promoción y prevención, diagnóstico precoz y tratamiento oportuno de las necesidades de salud más frecuentes de una población, además de fomentar estilos de vida saludables. La vigilancia epidemiológica mediante la notificación inmediata de enfermedades de notificación obligatoria es un importante rol para el control de brotes epidémicos. La realización de medidas de prevención y control de daños y riesgos para el individuo y su comunidad y la vigilancia de complicaciones obstétricas e infantiles.

---

25 [es.scribd.com/doc/23343816/NIVELES-DE-ATENCION-EN-SALUD](https://es.scribd.com/doc/23343816/NIVELES-DE-ATENCION-EN-SALUD). (Fecha de acceso 7 de Marzo, 2014).

Mientras que el segundo nivel de atención se enfoca principalmente en el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y ofrece servicios de atención ambulatoria y de hospitalización de pacientes derivados del primer nivel, o de los que acuden al servicio en forma de urgencias y emergencias. Se aplica énfasis en la recuperación temprana y a corto plazo. Este nivel constituye un marco de referencia de mayor complejidad nacional y regional, donde se brinda atención de especialistas médicos, equipos e instalaciones más complejas.

El tercer nivel de atención de salud está representado por aquellos servicio de salud que realizan sus acciones bajo el régimen de internación directamente en el tratamiento de patologías, con excepción del Programa de Salud de la Mujer y Género <sup>26</sup>que pretende un 100% de atención institucional, aunque en su mayoría son de baja complejidad y sin patologías.

Las unidades de cuidado intensivo CTI, representan el cuarto nivel de atención, para su desarrollo se requiere un gran concentración e recursos humanos especializados, recursos materiales, tecnológicos y financieros. Tiene como característica la mínima cobertura y la máxima complejidad.

Esta descrito en el Código de la niñez y la adolescencia en Uruguay <sup>27</sup> artículos que defienden la promoción social que tiende a favorecer el desarrollo integral de todas las potencialidades del niño y adolescente; la integración y permanencia en los ámbitos primarios de socialización como la familia y las instituciones educativas; la creación de programas integrales de salud de servicios especiales de prevención de factores de riesgo.

En Febrero de 2010, el Programa de Salud Adolescente del MSP presentó las “Guías para el abordaje integral de la salud de los adolescentes en el primer nivel de atención”, elaboradas con el apoyo del UNFPA. Estas guías están dirigidas al personal de salud del primer nivel de atención y tienen como objetivo promover la atención integral de la salud de los adolescentes desde un enfoque de derechos, género y diversidad. Dentro de las áreas de actuación encontramos la salud sexual y reproductiva en la adolescencia, además de salud mental, nutrición, actividad física, salud bucal y ocular, salud auditiva, consumo problemático de sustancias, ITS, violencia y siniestros de tránsito.

La sexualidad y la salud sexual reproductiva ocupa un lugar central de la salud y la vida de los adolescentes.

---

<sup>26</sup> [http://www.mysu.org.uy/IMG/pdf/normas\\_anticoncepcion\\_uruguay.pdf](http://www.mysu.org.uy/IMG/pdf/normas_anticoncepcion_uruguay.pdf). (Fecha de acceso 10 de Marzo, 2014).

<sup>27</sup> <http://www.parlamento.gub.uy/leyes/leyN17.823codigodelaniñezyladoloscencia>. (Fecha de acceso 10 de Marzo, 2014).

El acceso a la anticoncepción es un derecho de los adolescentes. El proceso de orientación sobre los diferentes métodos, su efectividad, su uso correcto, la libre elección informada y la posibilidad de obtenerlos de forma oportuna y continua contribuye al ejercicio de la salud sexual y reproductiva. Los servicios de salud deben garantizar a los adolescentes el acceso universal, equitativo y continuo de los MAC de calidad. La edad no constituye una razón para no otorgar métodos al adolescente. La elección del método debe ser una decisión realizada por el adolescente, el rol del profesional es asesorar y acompañar este proceso.

El embarazo, el parto, el puerperio y el amamantamiento implican en esta etapa de la vida, características biológicas, psicológicas, afectivas y socioculturales específicas.

Los servicios de salud deben garantizar la atención de la adolescente embarazada, su pareja o acompañante y el recién nacido en forma universal e integral. Entre las adolescentes embarazadas de riesgo están las con edad ginecológica menor a dos años, las que consumen sustancias psicoactivas y las portadoras de enfermedades crónicas, inclusive las patologías mentales.

El equipo de salud debe abordar con la adolescente y su entorno temas como:

- Derechos y responsabilidades.

- Derechos sexuales y reproductivos.

- Información sobre el trabajo de parto, parto y puerperio.

- Prevención de violencia doméstica.

- Auto cuidado.

- Eliminación de conductas de riesgo.

- Nutrición y alimentación.

- Cambios del cuerpo durante la gestación.

- ITS.

- Anticoncepción pos parto.

- Lactancia materna, técnicas.

- Control neonatal y vacunación del RN.

- Reincorporación al sistema educativo y o laboral de la adolescente.

Por lo tanto, el embarazo adolescente además de riesgos como la mortalidad materna implica mayores probabilidades de mortalidad intrauterina, neonatal e

infantil, desnutrición infantil, se la vincula también a la deserción escolar temprana en las jóvenes, debido a que el embarazo se ve como un obstáculo para su formación e inserción laboral. Son claras las dificultades de que sean compatibles el embarazo y la crianza con la educación y el trabajo.

En una etapa de la vida donde encarar el proceso de formación de un hijo mientras aún se está forjando la identidad, siendo no en la mayoría de los casos, el apoyo familiar como mecanismo compensatorio. La probabilidad de encarar esa responsabilidad como madre soltera es muy alta, la ausencia y falta de rol paterno.

Existe una paradoja que deja claro que a pesar de la inserción de los métodos anticonceptivos desde los años 70, ha contribuido a la disminución de la edad de iniciación sexual aumentando el riesgo de embarazos, además el acceso a los métodos comparado con países industrializados es menor en la región, y muchas veces el uso no siempre es adecuado y oportuno por falta de información.

La pareja responsable tiene el derecho de la planificación familiar, el objetivo de la misma es evitar embarazos no planificados, regular el intervalo entre los embarazos, determinar el número de hijos que se quieren tener, además de disminuir la necesidad de recurrir al aborto, próximamente desarrollaremos el tema. Promover la planificación familiar resulta esencial para lograr el bienestar y la autonomía de la pareja y al mismo tiempo apoya la salud y el desarrollo de las comunidades <sup>28</sup>.

Los métodos anticonceptivos permiten la regulación de la natalidad, los mismos son técnicas que sirven para evitar el embarazo y alguno de ellos enfermedades de transmisión sexual, aunque se mantengan relaciones sexuales. A la hora de elegir un método anticonceptivo es conveniente conseguir un buen asesoramiento, el lugar más adecuado para obtenerlo es un centro de planificación familiar, la cual comprende decisiones personales, sociales, económicas, religiosas y culturales a cerca del embarazo.

Existen cuatro tipos de métodos.

Métodos naturales o de ritmo, se basan en que de los 28 días que dura el ciclo menstrual femenino, solo hay cuatro o cinco en que se puede producir la fecundación. Puesto que el ovulo solo sobrevive un día en la trompa de Falopio, y los espermatozoides pueden vivir hasta tres, una mujer tiene mayores posibilidades de quedar embarazada si mantiene relaciones desde cinco días antes hasta un día después de la ovulación, el problema es que es difícil detectar cuando ocurre exactamente la ovulación pues los ciclos no son

---

<sup>28</sup> [http://www.mysu.org.uy/IMG/pdf/normas\\_anticoncepcion\\_uruguay.pdf](http://www.mysu.org.uy/IMG/pdf/normas_anticoncepcion_uruguay.pdf).  
(Fecha de acceso 13 de Marzo, 2014).

regulares, como para preverlos con exactitud. Dentro de los métodos naturales se encuentran la abstinencia de relaciones sexuales, el método de temperatura basal y el método del moco cervical. Estos métodos no tienen contraindicaciones, son muy pocos seguros debido a la variabilidad de los periodos fértiles, por la falta de regularidad de los ciclos menstruales

Los métodos de barrera, se basan en impedir físicamente la fecundación dificultando o impidiendo que los espermatozoides lleguen hasta el ovulo, algunos de ellos como el preservativo, tienen la ventaja de que previenen las ITS. Ubicamos a los preservativos que se describe como una delgada funda de material elástico normalmente látex, que se coloca en el pene y recoge el semen. Usado correctamente tiene una alta eficacia. El diafragma vaginal, capuchón de goma que se coloca en el fondo de la vagina alrededor del cuello del útero y requiere el asesoramiento de un ginecólogo, tiene una eficacia media aunque aumenta con el uso conjunto de espermicidas.

El DIU es un aparato de metal y plástico con forma de espiral, o de T, que se introduce en el útero, dificulta la fecundación y en caso de que se produzca impide la nidación del cigoto. Puede permanecer de dos a cinco años en el útero bajo control riguroso por el ginecólogo, puede favorecer el desarrollo de infecciones y complicaciones serias si se produce un embarazo.

El preservativo femenino, consiste en una delgada funda que se ajusta a las paredes de la vagina y se puede llevar puesto hasta por 8 horas. A diferencia del preservativo masculino no queda ajustado a tensión y si por la humedad y temperaturas de la vagina. Este método apareció en 1992 en Inglaterra y Estados Unidos y rápidamente se difundió por el resto el mundo. Tiene una efectividad del 88 a 98% si se usa correctamente.

Los métodos hormonales vienen en varias presentaciones. El anillo vaginal, de aplicación mensual, es un anillo suave y transparente que se coloca en la vagina y va liberando en dosis bajas las hormonas. Su eficacia no se ve alterada por vómitos y diarrea y presenta una eficacia del 99.7%.

La píldora anticonceptiva es de administración diaria vía oral y tiene una eficacia del 99%. Dentro de este grupo también se encuentran los parches anticonceptivos, la píldora sin estrógenos, recetada durante la lactancia, y el método hormonal inyectable, de larga duración y se inyecta en el musculo una vez por mes.

En cuanto a la anticoncepción química, se encuentran los espermicidas los cuales desactivan o matan a los espermatozoides y están disponibles en cremas, óvulos, entre otras.

Los métodos quirúrgicos consisten en realizar una intervención quirúrgica que evite que los gametos masculinos o femeninos realicen su recorrido normal, se

impiden así que se encuentren y se produzca la fecundación. Estos métodos son la vasectomía en los hombres, consiste en cortar y atar los conductos deferentes mediante una operación quirúrgica, para impedir la salida de espermatozoides en el semen y tiene una eficacia muy alta, es un proceso quirúrgico sencillo que a menudo es irreversible. La ligadura de trompas en las mujeres que consiste en seccionar las trompas de Falopio, para impedir el paso del ovulo para el útero. La eficiencia también es muy alta, requiere una intervención quirúrgica, a menudo irreversible.

Cada persona o cada pareja deben emplear el método anticonceptivo que le resulte más conveniente en función de sus características. No se puede sugerir que ningún método es superior a los demás pues depende de las necesidades particulares de cada uno.

Para las personas jóvenes especialmente si carecen de una estable el método más recomendable es el preservativo, pues resulta eficaz como anticonceptivo y previene las ITS, como principalmente el SIDA.

Para entender la problemática que gira entorno a la fecundidad temprana es necesario conocer datos del pasado. Desde la década del 70, la fecundidad ha caído fuertemente en América latina y el Caribe como consecuencia de los cambios socioeconómicos, de género, cultural y tecnológica como los métodos anticonceptivos. Partiendo de este marco era de esperar que los jóvenes comenzaran a reducir el número de hijos, efectivamente esto ocurrió hasta la década del 80. Pero a fines de esta la fecundidad antes de los 20 años marco una nueva tendencia de aumento en varios países de la región. Mientras la región presenta tasas de fecundidad inferiores a la media global, en cuanto a lo que se refiere a embarazo adolescente superan la media global, superado solamente por la media de nacimientos en África.

Datos de nuestro país obtenidos por el Fondo de las Naciones Unidas muestra del 20 % de los jóvenes entre 17 y 24 años de edad no estudia ni trabaja. En los hospitales públicos 1 de cada 5 nacidos vivos es hijo de una madre adolescente.

Según el informe realizado por UNICEF publicado en noviembre de 2013 <sup>29</sup>, 1 de cada 1 embarazos en Uruguay es de una adolescente. La edad de iniciación sexual en nuestro país en el año 2004, es de 14 años para ambos sexos, en cuanto a las condiciones de inicio es frecuente que sea producto de una violación, abuso sexual.

Mientras que en las poblaciones con necesidades básicas insatisfechas es 1 de cada 5. En el mundo nacen actualmente 20.000 niños de madres adolescentes

---

<sup>29</sup> <http://www.unicef.org/spanish/adolescence/> fecha de acceso 2de Marzo 2014)

por día, existen 70.000 muertes en adolescentes todos los años por complicaciones del embarazo y el parto, 3.2 millones de abortos inseguros entre adolescentes en cada año.

El Informe de la Población Mundial 2013 realizado en más de 150 países pone especial atención al embarazo adolescente, donde todos los años 7.3 millones de niñas menores de 18 años dan a luz. En Uruguay las cifras son superiores a la media mundial y la diferencia entre departamentos y barrios dentro de una misma ciudad es marcada. De esos 20.000 niños de madres adolescentes mueren 200 por día. Existe una relación entre el embarazo adolescente y las situaciones estructurales tales como la inequidad de género, la falta de educación sexual, los niveles de pobreza y temas como la violencia sexual.

De cada 1000 adolescentes uruguayas que tienen entre 15 y 19 años, 60 son madres. La media actual de América Latina es de 79 por 1000. Nuestro estado es similar a países como Paraguay y el Salvador, que tienen niveles de pobreza más altos que el nuestro.

Los datos generales muestran la inequidad tanto por departamentos como barrios. Artigas, Rio Negro, Cerro Largo y Rocha son los departamentos con porcentajes más altos, que van desde el 14 % al 10,71 % respectivamente.

Mientras que los porcentajes más bajos están en el sur del país, en Canelones (8.5%) y Montevideo (8.03%), el departamento cuyas adolescentes se embarazan menos es Lavalleja, con 7.44 %.

La diferencia en las cifras por barrios dentro de la capital es muy marcada. Va desde porcentajes próximos al 0 en Carrasco, Pocitos, Punta Gorda y Punta Carretas, a 17 % en Toledo Chico y Casavalle y 14 % en Manga. La distribución es clara, los barrios del cinturón de la ciudad, donde se ubican los hogares con peores niveles de bienestar, concentran los mayores porcentajes de madres adolescentes, mientras que los barrios que se encuentran en la costa de la ciudad, que alcanzan mejores niveles de vida, tiene un porcentaje de adnes adolescentes muy bajo. Según datos de Trienio (2002-2004) <sup>30</sup> el porcentaje en nuestro departamento de Rivera el porcentaje de embarazos adolescentes llego al 19.8 % luego de Artigas.

Queda en evidencia que las madres adolescentes se alejan del sistema educativo, el 81 % de las madres adolescentes entre 14 y 18 años no asisten a ningún centro educativo.

En cuanto a las causas del embarazo adolescente en nuestro país está asociada a la escasa capacidad de elección, por falta de oportunidades, entre

---

<sup>30</sup> [www.femi.com.uy/archivos.../Prog.%20RN%20FEMI%2024-11-06.ppt](http://www.femi.com.uy/archivos.../Prog.%20RN%20FEMI%2024-11-06.ppt). (Fecha de acceso 13 de Marzo, 2014).



proyectos de vida alternativa. La educación prepara a las niñas para el trabajo y la subsistencia, mejora su autoestima y su posición en el hogar y en la comunidad, y les permite influir en las decisiones que afecten su vida. También reduce la probabilidad de matrimonio infantil y retrasa la maternidad. El abandono de la escuela, por embarazo, puede poner en peligro las perspectivas económicas de la niña y la excluye de otras oportunidades en la vida. Presiones de toda índole influyen en la aparición del embarazo adolescente. Muchas veces las leyes nacionales podrán prevenir a una niña el acceso a métodos anticonceptivos. Las normas y actitudes de la comunidad pueden denegar el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva. Los familiares podrán forzarla a contraer matrimonio, es posible que las escuelas no ofrezcan educación sexual, así que debe depender de información a menudo incorrectas, de sus pares sobre la sexualidad, el embarazo y los anticonceptivos. Su pareja puede negarse a usar preservativos o podrá prohibirle usar cualquier otro método anticonceptivo.

Los factores de protección durante la adolescencia, evitan y controlan los daños y trastornos en la salud. Algunos de ellos incluyen la educación, la nutrición, las inmunizaciones, el ejercicio físico, el ocio y la recreación, la promoción de actividades familiares, la atención y contención del desarrollo adicional, las oportunidades de trabajo, entre otras.

La prevención del embarazo temprano es prioridad para el sistema de salud pública de cualquier país, debido a las consecuencias para las y los jóvenes, por lo que se desarrollan diferentes acciones orientadas a la prevención del embarazo precoz.

En nuestro país la UNFPA apoya al MSP para garantizar los derechos de los adolescentes en el marco del Plan ser Joven en Uruguay (2011-2014) del Programa Nacional de Adolescencia y Juventud, perteneciente al Departamento de Programación Estratégica en Salud del MSP. Tiene como objetivo promover el crecimiento y el desarrollo de la población adolescente y juvenil, teniendo en cuenta los enfoques de ética, derechos, género, diversidad y etnia. Dicho programa apoya las acciones de promoción de salud no solamente en los centros de salud y si en los diversos espacios donde se desarrolla el adolescente.

Las madres adolescentes también están incluidas en el marco del Programa Nacional de la Salud de la Mujer y Género que contribuye a la equidad de género para que ambos sexos logren conocer y ejercer con plenitud sus derechos ciudadanos de salud sexual y reproductiva, desarrollados en una guía de abordaje.

El programa tiene como objetivos

- Promover la educación de la salud de la mujer

- Reducir la morbilidad y mortalidad de las mujeres relacionadas al embarazo, parto, puerperio y aborto en condiciones seguras.

Contribuir a la morbilidad y mortalidad de las mujeres y de los hombres relacionados al cáncer.

Contribuir a la reducción de la morbilidad y mortalidad de las mujeres relacionada a la violencia doméstica,

Promover la salud mental de las mujeres.

También se establecen acciones que buscan prevenir los resultados adversos de un embarazo precoz, dentro de esta se encuentra; reducir el aborto inseguro en las adolescentes y aumentar el uso de la atención calificada prenatal, parto y postparto.

Un factor esencial para la prevención del embarazo en la adolescencia es el involucramiento de los padres, establecer una relación estrecha con sus hijos la cual se forma desde una temprana edad. Hay que trabajar para conseguir una relación cálida, firme en la disciplina y muy rica en comunicación que enfatice el respeto y confianza mutua.

La comunicación con los hijos, sobre sexualidad debe empezar a temprana edad, con el objetivo de aclarar las dudas que surjan en cada etapa, a medida que los niños crecen, las conversaciones deberán incluir más información sobre sexualidad, salud sexual y la prevención de embarazos no planeados, enfermedades de transmisión sexual y demorar del inicio de la actividad sexual. Citamos nuevamente como la planificación familiar durante la adolescencia favorece a la reducción de la realización de abortos voluntarios.

Como aborto entendemos como la interrupción del embarazo en cualquier momento antes de que el feto llegue a la etapa de viabilidad (se considera después de las 22 semanas de gestación y con un peso mayor o igual a 500 grs)

Existen dos tipos de aborto

El espontáneo: proceso que comienza de forma espontánea, de etiología variada, como una alteración del desarrollo del embrión o del tejido placentario, consecuencias de trastornos maternos, enfermedades infecciosas agudas, enfermedades sistémicas, malformaciones, tumores uterinos inciden en la expulsión prematura del feto.

El aborto inducido: es la interrupción voluntaria del embarazo mediante la extracción del feto de la cavidad uterina.

El aborto en condiciones de riesgo representan casi la mitad del total de los abortos (Sedght. Et al, 2012). Según la OMS un aborto inseguro o en condiciones de riesgo es un procedimiento para finalizar un embarazo no deseado realizado por personas que carecen de la capacidad necesaria o realizado en un entorno donde se carece de un estándar médico mínimo necesario. Casi la totalidad de los abortos en condiciones de riesgo se realizan en países en desarrollo, donde el aborto suele ser ilegal, incluso cuando es legal, es difícil el acceso de los servicios a los adolescentes. Según el informe

ya citado, la tasa de abortos en América Latina y el Caribe con Asia y África son similares.

En nuestro país, La ley N° 18.987 del 22 de Octubre de 2012, de Interrupción Voluntaria del Embarazo regula la interrupción del embarazo pero no lo constituye como instrumento de control de nacimientos <sup>31</sup>. A partir de esa ley, la interrupción no será penalizada por lo que no se aplicaran los artículos del Código Penal, siempre que la mujer cumpla con los requisitos que se establecen en los artículos de la ley y que se realice el procedimiento durante las doce primeras semanas de gravidez. La mujer cuenta con un equipo multidisciplinario el cual ratificara su voluntad de interrumpir el embarazo. El Artículo 7 de la ley, abarca el consentimiento de las adolescentes, en los casos de mujeres menores de 18 años no habilitadas, el médico ginecólogo tratante recabara el consentimiento para realizar el procedimiento. Si el médico tiene objeción, la adolescente puede concurrir a un juez competente para resolver la situación.

Luego del primer año de la implementación de la ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo, el MSP presento en febrero de este año, estadísticas que muestran una disminución de la cantidad de casos respecto al año pasado. Uruguay se encuentra en tercero lugar, luego de Canadá y Estados Unidos, con 9 de cada 1000 mujeres entre 15 y 44 años. Según el subsecretario Leonel Briozzo subrayo que la práctica del aborto es segura, accesible e infrecuente. En el período de 1995 a 2002 se estimaba unos 33.000 abortos ilegales por año de promedio, tras la entrada en vigor de la ley, se registraron 6.676 casos.

En relación a las franjas etarias, las adolescentes menores de 19 años presentan una tasa de interrupción del 18 % (1240), con tendencia a la baja, en relación con las mujeres adultas.

El problema de estudio que nos hemos planteado es conocer ¿cuál es el perfil epidemiológico de las adolescentes embarazadas asistidas en la Policlínica de Rivera Chico de la ciudad de Rivera, durante el desarrollo del Programa Internado, en el periodo de Abril-Octubre 2013, en el marco del Programa de Salud de la Mujer y Género?

## MATERIAL Y METODOS

---

Tipo de estudio: este estudio es de tipo descriptivo, cuantitativo, de corte transversal, por lo tanto se estudia la muestra según variables, en un momento y lugar determinado.

Área de estudio: Departamento de Rivera, Policlínica Rivera Chico

31

<http://www.parlamento.gub.uy/leyes/ley18987interrupcionvoluntariadelembarazo30/octubre2012>. (Fecha de acceso 6 de Marzo, 2014).

Población: adolescentes embarazadas de hasta 19 años de edad.

Unidad de estudio: adolescente embarazada

Criterios de inclusión:

Todas las adolescentes embarazadas hasta 19 años que asistieron a la Policlínica Rivera Chico en el periodo comprendido entre Abril y Octubre de 2013, incluidas en el Programa de Salud de la Mujer y Género.

Aspectos ético-legales:

Los datos recogidos durante la investigación se obtuvieron bajo la autorización y el consentimiento de los usuarios y se realizó en el marco del convenio del Programa Internado del MSP y la Facultad de Enfermería-UDELAR, donde se garantiza el anonimato y el tratamiento de manera confidencial con fines puramente académicos.

Variable

Perfil epidemiológico:

Es el conjunto de factores demográficos, sociales y estilos de vida que se expresan en el proceso salud-enfermedad de una población determinada, en un tiempo y lugar específico.

Dimensiones de la variable

Edad: se define como el tiempo transcurrido desde el nacimiento de una persona hasta la actualidad.

Indicadores: De 12 a 15 años

De 16 a 19 años

Estado civil: situación que se encuentra una persona con relación a las normas sociales y cívicas del país.

Indicadores: soltera

Unión estable

Casada

Divorciada

Viuda

Nivel de instrucción: se determina por el grado que alcanza una persona con respecto a la estructura de la educación formal.

Indicadores: Primaria

Secundaria

Estudios terciarios o universitarios

Ocupación: conjunto de tareas que desempeña una persona

Indicadores: Estudiante

Empleada

Desocupada

Factores de riesgo reproductivo: características de una mujer en edad fértil no embarazada, que se asocian con un incremento de la probabilidad de enfermar o morir en caso de embarazo

Indicadores: Adicciones

Edad menor a 20 años

Abortos previos

Síntomas de ITS

Intervalo intergenésico menor a 2 años

Antecedentes personales de enfermedades crónicas

Inmunizaciones incompletas

Antecedentes de mortalidad neonatal

No utilización de métodos anticonceptivos

Antecedentes de partos prematuros

Cesáreas previas

Soltería

Bajo nivel educativo

Bajo nivel económico

Factores de riesgo obstétrico: es toda característica o circunstancia detectada en la embarazada que se asocia con un incremento en la probabilidad que ocurra un daño a la salud de ella y de su hijo durante el embarazo, parto o puerperio.

Indicadores: HTA

Captación tardía de la embarazada luego de las 20 semanas

Infecciones urinarias

Adicciones

Diabetes gestacional

Embarazo múltiple

Edad de iniciación de las relaciones sexuales: edad a partir de la cual comienza su vida sexual activa.

Indicadores: de 12 a 15 años

De 16 a 19 años

Antecedentes obstétricos: historia personal de embarazos en una mujer

Indicadores: Primigesta

Segundigesta

Multigesta

Tipo de partos previos: vía por el cual se produjo el nacimiento.

Indicadores: normal o vaginal

Cesárea

Periodo intergenesico: es el intervalo de tiempo entre un embarazo y otro.

Indicadores: primigesta

Menor a 2 años

Entre 2 y 5 años

Mayor a 5 años

Nacidos vivos: características gestacionales y de peso de los nacidos con vida.

Indicadores: < a 37 semanas de gestación

< a 2.500 gr

Adecuado para la edad gestacional

## Macrosómico

Mortalidad neonatal: es el número óbitos de neonatos que mueren antes de los 28 días de vida.

Indicadores: Nacido muerto

## Muerte neonatal

Planificación del embarazo: es la capacidad de decidir en qué momento tener un hijo.

Indicadores: planificado

## No planificado

Métodos anticonceptivos ya utilizados: es el conjunto de métodos que se utilizan para regular la natalidad.

Indicadores: ninguno

## De barrera

## Naturales

## Hormonales

Método de recolección de datos:

- Consulta de enfermería
- Revisión de historia clínica
- Revisión del carne de control obstétrico
- Visita domiciliaria

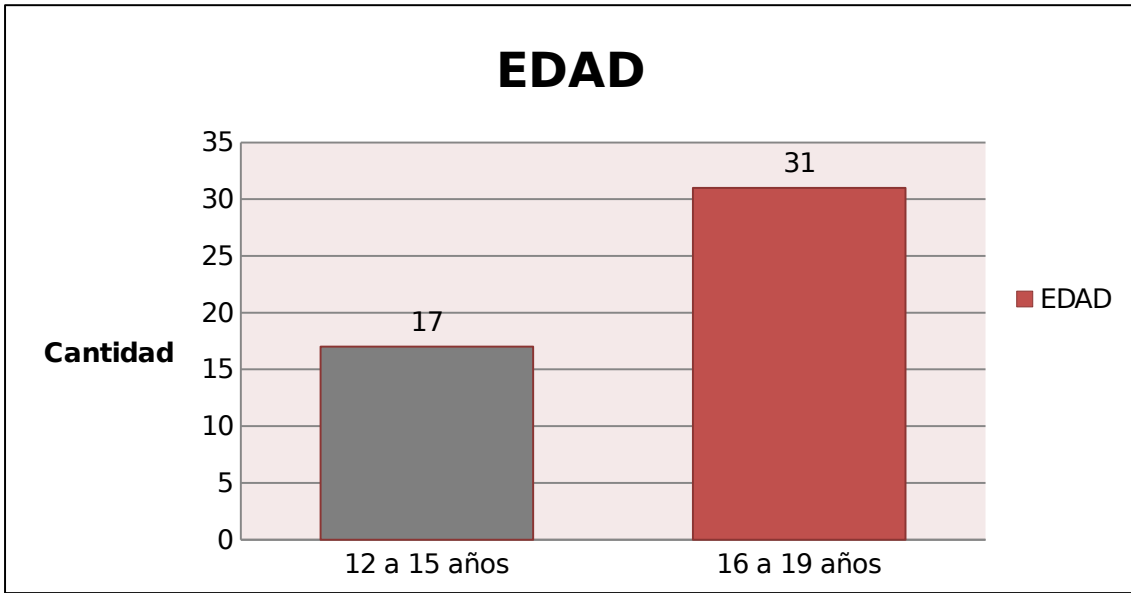
Procesamiento de datos:

- Se realizó mediante la aplicación de técnicas estadísticas con análisis univariado de frecuencia absoluta y relativa y luego los datos se ordenaron en tablas y gráficas.

## RESULTADOS PERFIL EPIDEMIOLOGICO

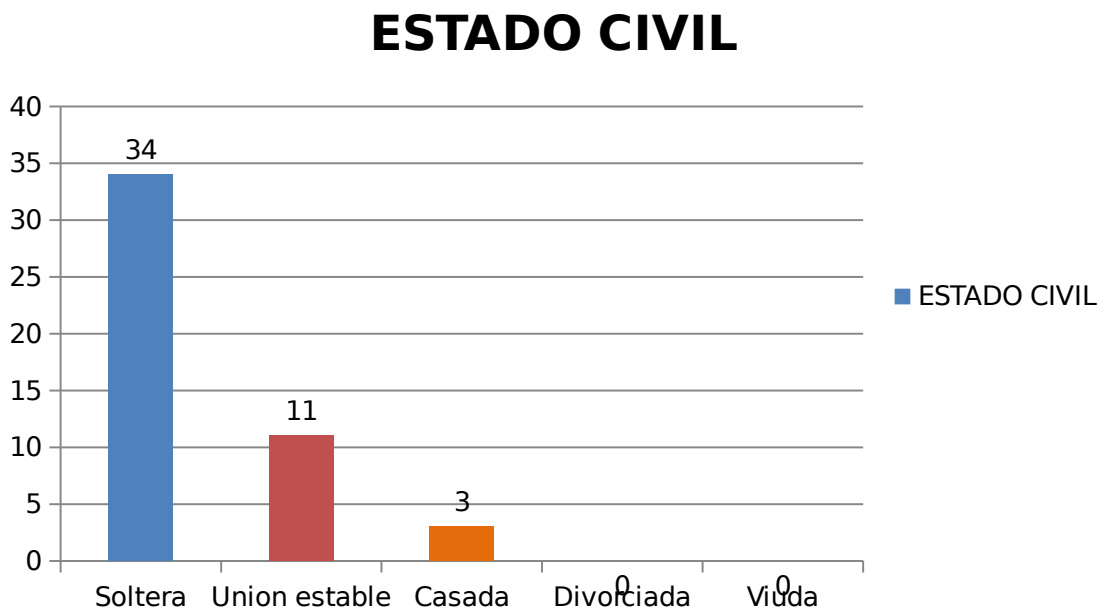
---

Grafica N°1



*El 64,6 % de las adolescentes embarazadas tienen entre 16 y 19 años de edad, mientras que el 35,4% tienen entre 12 y 15 años de edad.*

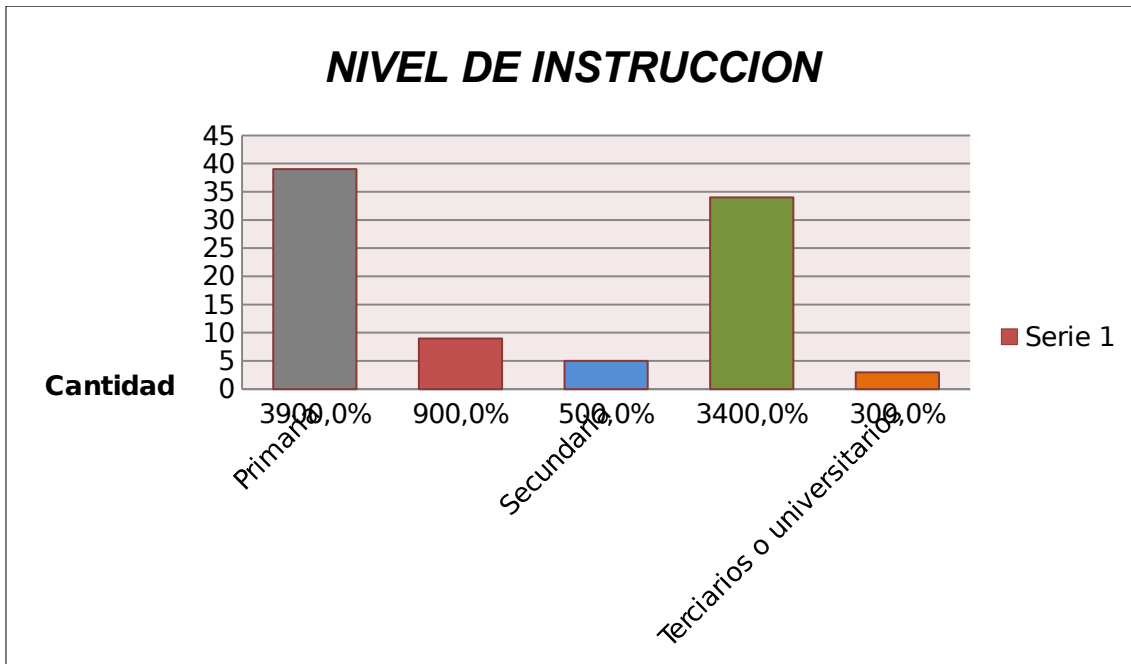
Grafica N° 2



*La mayoría de las madres adolescentes son solteras 71 %, mientras que el 23 % viven en pareja y solamente el 6 % de ellas se contrajeron matrimonio. En la muestra de estudio no se encontraron casos de divorcio o viudez.*

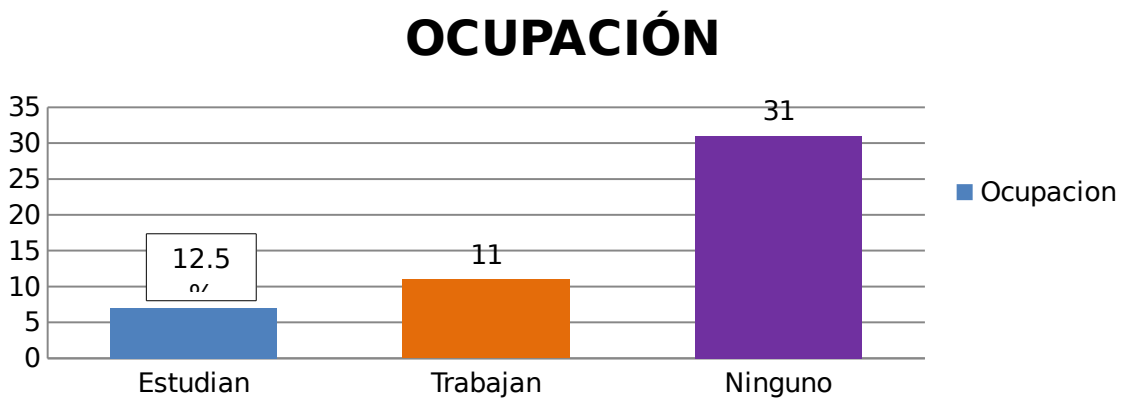
Grafica N°3





En cuanto al nivel de instrucción en su mayoría, el 81 % de las adolescentes concluyeron la educación primaria mientras que el 71 % no culminaron la educación secundaria. Solamente el 6 % al momento del embarazo cursaban estudios terciarios.

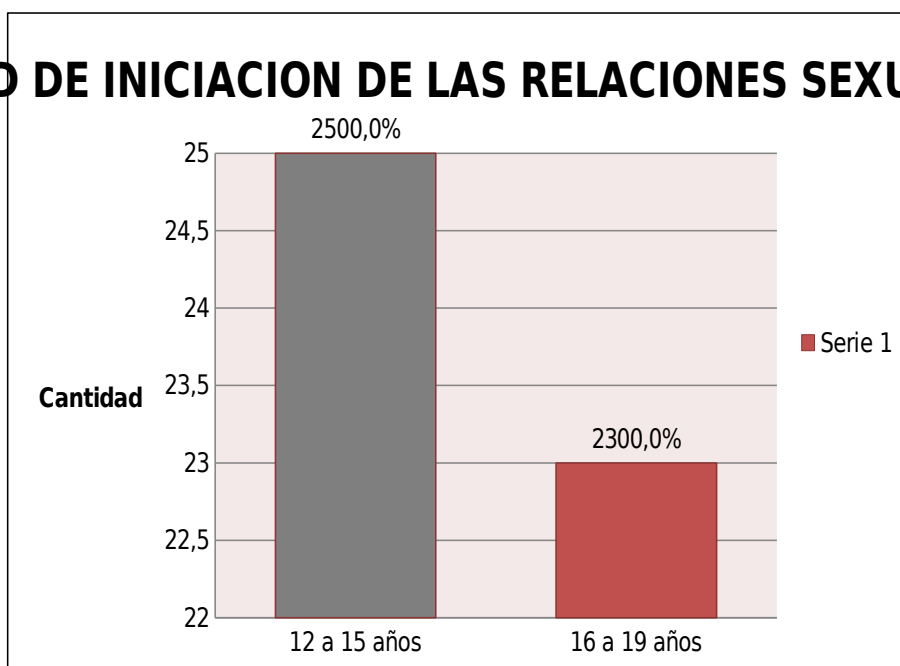
Gráfica N°4



Según los datos de ésta gráfica observamos que el 64,5% de las adolescentes no estudiaban ni trabajaban durante su embarazo, el 12,5% continuaron sus estudios mientras que el 23% trabajan.

Grafica N° 5

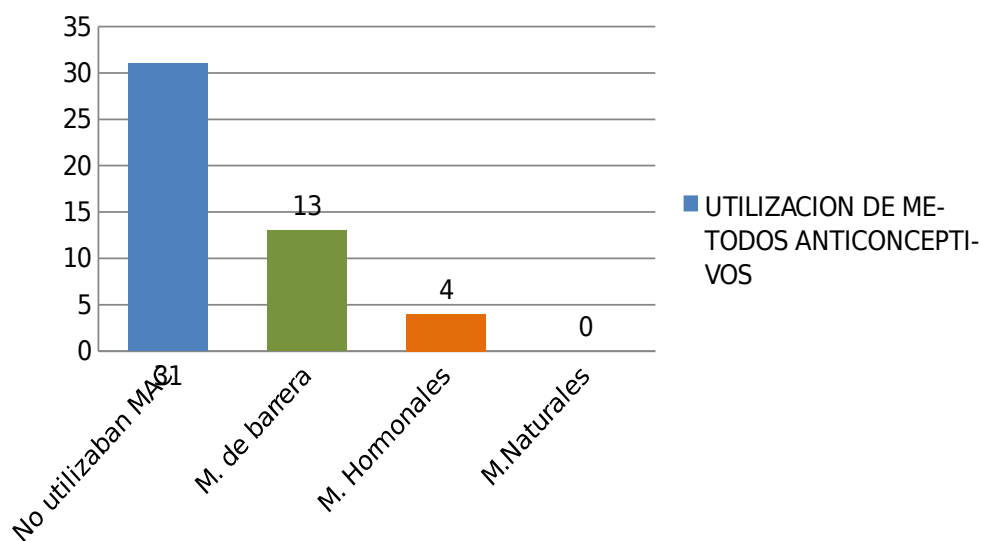
## EDAD DE INICIACION DE LAS RELACIONES SEXUALES



El 52% de las adolescentes iniciaron sus relaciones sexuales entre las edades 12 y 15 mientras que el 48% entre los 16 y 19 años de edad.

Gráfica N°6

## UTILIZACION DE METODOS ANTICONCEPTIVOS



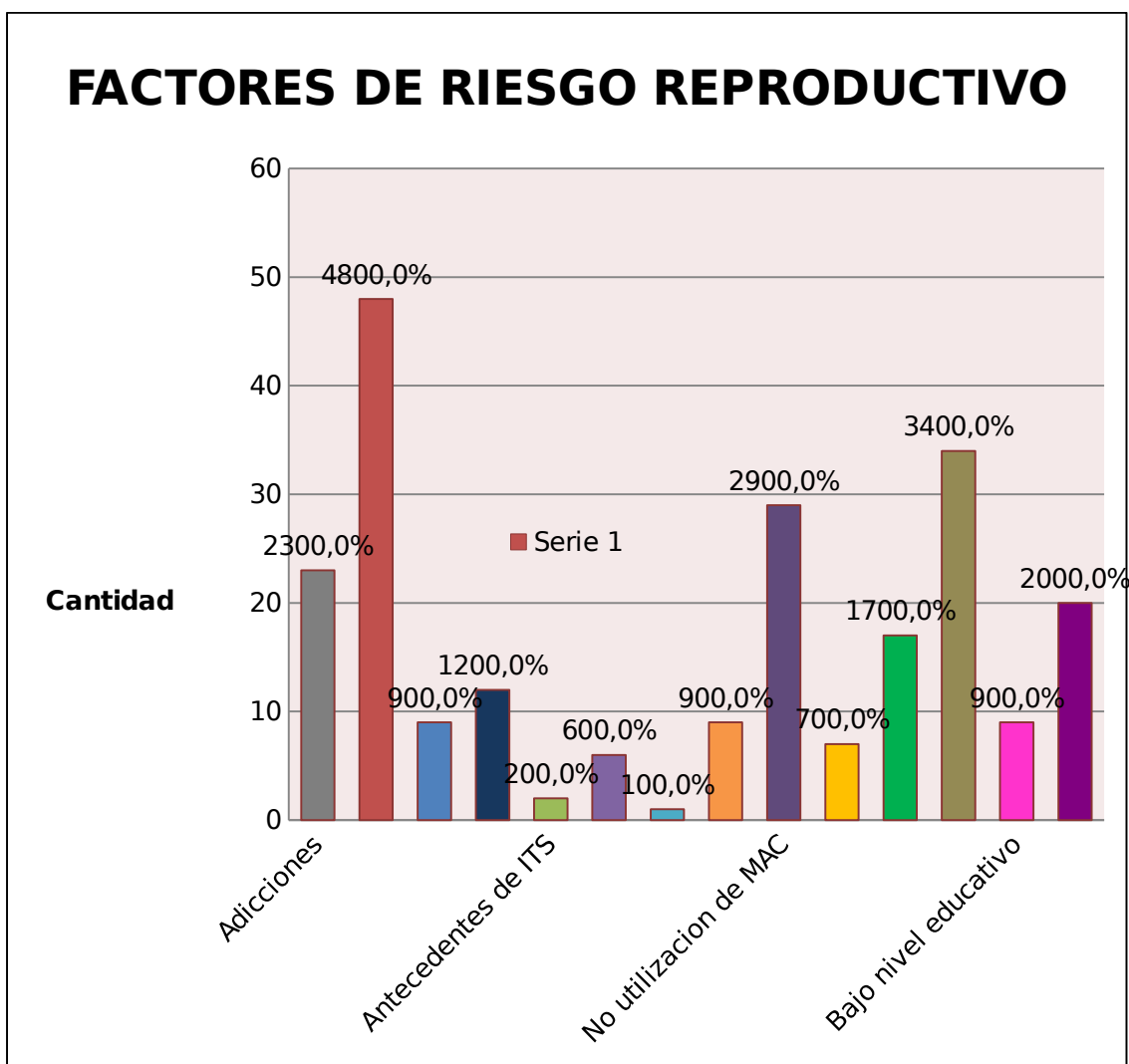
*El 65% de las adolescentes no utilizaban ningún método anticonceptivo, mientras que el 27% refieren haber utilizado algún método de barrera y el 8% métodos hormonales.*

Gráfica N°7



El 100% de los embarazos en las adolescentes no fueron planificados.

Gráfica N°8

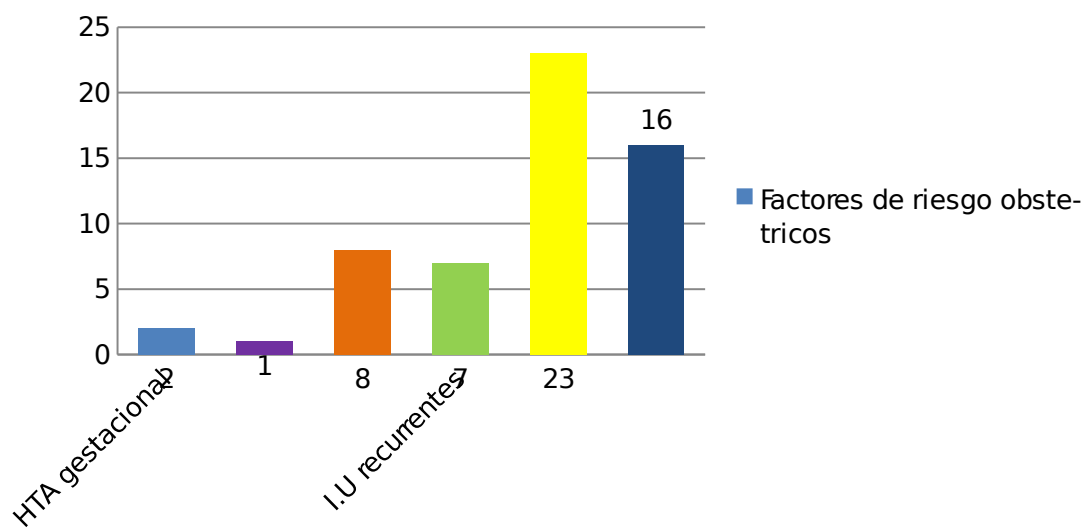


*El 100 % de la muestra presenta como factor de riesgo reproductivo la edad menor a 20 años, el 71 % de ellas son solteras. No utilizan ningún método anticonceptivo el 60%. La presencia de algún tipo de adicción ya sea al tabaco, al alcohol o a drogas ilícitas corresponde al 48% de las adolescentes. El bajo nivel económico y el bajo nivel educativo datan del 42 y 19% de los casos. Mientras que el 25% de ellas presentan algún tipo de enfermedad crónica como la HTA, diabetes y asma. 12,5% ya tuvieron abortos previos y el 2% antecedentes de muerte neonatal. El 4% refiere haber tenido algún síntoma de ITS. En cuanto al periodo intergenesico menor a 2 años corresponde al 19 % y*

el 35,5% tienen como antecedente una o más cesáreas previas. El 19% de las adolescentes no tienen el esquema de vacunación al día. Mientras que el 14,6% tenían antecedentes de partos prematuros.

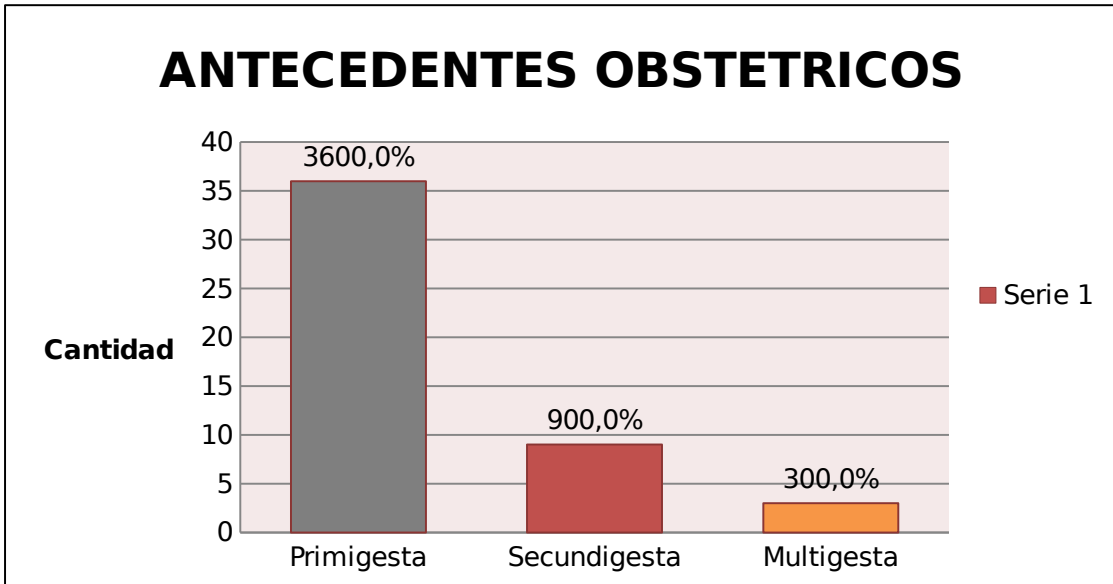
Gráfica N° 9

## FACTORES DE RIESGO OBSTÉTRICOS



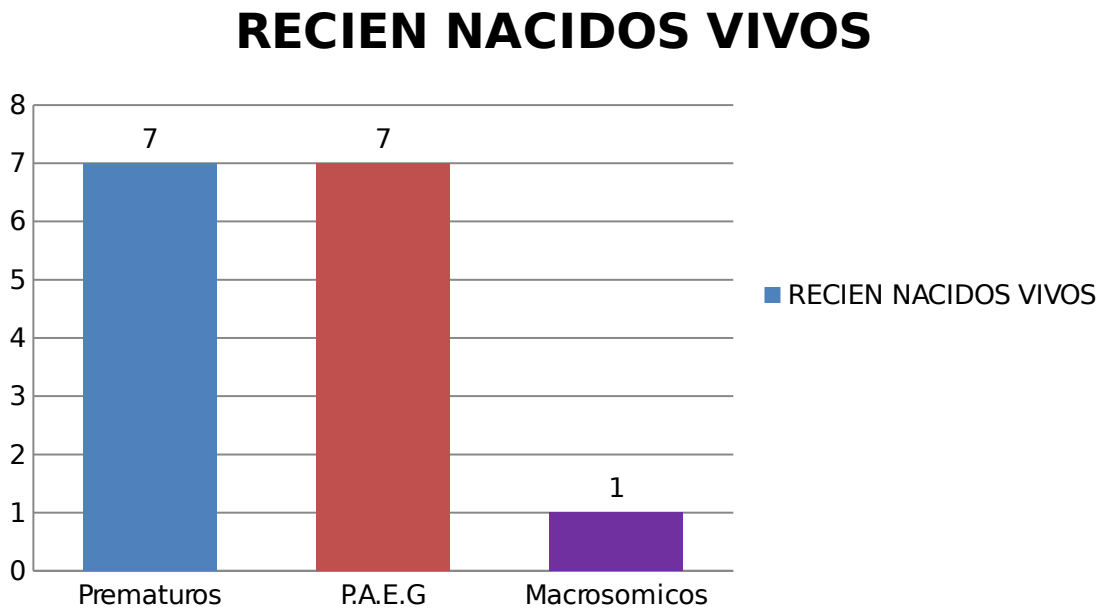
El 4% desarrolló HTA gestacional y el 2% diabetes gestacional. La captación del embarazo fue realizada de manera tardía en 16,6% de las gestaciones, en el 14,5 % se detectaron I.U recurrentes y el 33% presentaron infecciones de transmisión sexual. El consumo de sustancias tóxicas corresponde al 48%.

Gráfica N°10



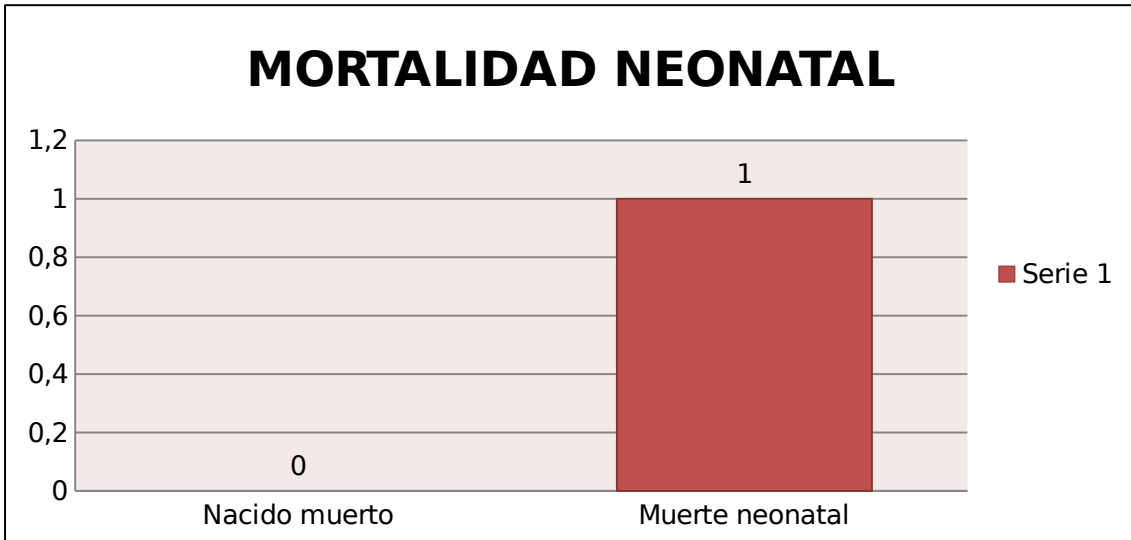
*El 75% de las embarazadas son primigestas, el 19 % secundigestas y el 6 % multigestas.*

Gráfica N° 11



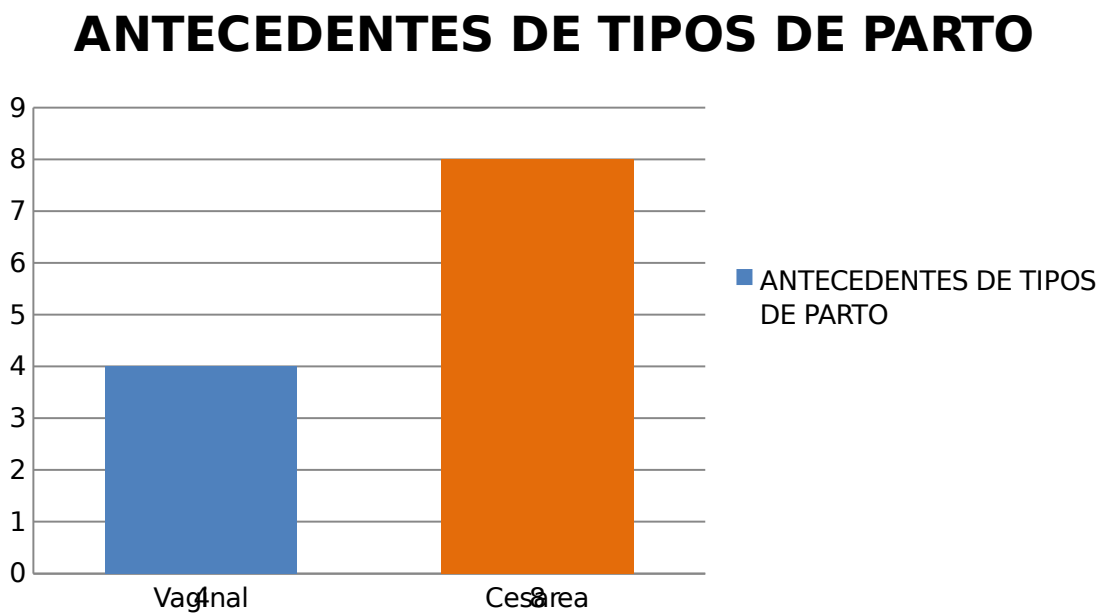
*Del total de 15 recién nacidos vivos hijos de 12 madres adolescentes, el 46,7 % nacieron con el peso adecuado para su edad gestacional, el 46,7% RN prematuros, mientras que el 6,6% corresponde a un RN macrosomico.*

Gráfica N°12



*No se constata en la muestra casos de nacidos muertos pero si 1 caso de muerte antes de los 28 días de nacido que corresponde al 6,6% de los recién nacidos.*

Gráfica N° 13



El 66,5% de los partos fueron de tipo cesarea mientras que el 33,5% fueron partos vaginales.

## DISCUSION

---

El embarazo no planificado durante la adolescencia puede resultar en una situación de crisis para el binomio madre e hijo, para su familia y entorno y también para el desarrollo del país. Las mujeres que tienen su primer hijo durante la adolescencia, tienen más probabilidades de tener más hijos y estos a su vez tienen menos probabilidad de recibir apoyo de sus padres biológicos, completar su educación formal y formación de establecer una independencia económica para preverse por sí mismo. La gestación en esta etapa de la vida, se asocia con un incremento en las tasas de morbilidad materna e infantil debido a la interacción de factores biológicos, económicos y culturales, tales como la pobreza, la malnutrición, el aparato reproductivo inmaduro y las desigualdades de género.

A continuación se plantean los hallazgos obtenidos a partir de la investigación del perfil epidemiológico de la muestra de estudio.

De las 48 adolescentes embarazadas captadas en la investigación, el 64,6% de ellas están comprendidas entre los 16 y 19 años de edad que corresponde a 31 gestantes, mientras que 17 son el 35,4% están ubicadas en la franja etaria de 12 a 15 años.

Estadísticamente 34 adolescentes que corresponden al 71% de la muestra cursaban su embarazo en soltería, mientras que solamente el 23% concibieron



dentro de una pareja estable, en situación de matrimonio solamente la minoría, representado por el 6%. No se detectaron casos de viudez o divorcios.

En cuanto al nivel de instrucción de las adolescentes, 39 que corresponden al 81,5% de la muestra habían culminado la educación primaria. El 12,5%, 6 adolescentes, concibieron su embarazo con la secundaria ya finalizada, es en esta franja que se evidencia la mayor deserción. Mientras que el 6% de ellas, 3, lograron comenzar sus estudios terciarios o universitarios.

En cuanto al tipo de ocupación de estas adolescentes, el 12,5% continúan estudiando, el 23% mantienen una actividad laboral, muchas veces informal y el 64,5% de ellas, 31 adolescentes, están desocupadas laboralmente y fuera del sistema educativo formal, la mayoría permanece en la casa de sus padres lo que determina total dependencia económica, situación que se ve agravada por los bajos recursos económicos ya existentes en el núcleo familiar.

Según nuestra experiencia el 52% de la muestra inicio sus relaciones sexuales entre los 12 y 15 años, mientras que 23 de ellas, el 48% lo hicieron entre los 16 y 19 años de edad.

El 100% de las adolescentes no habían planificado su embarazo, 31 nunca habían utilizado métodos anticonceptivos, solamente 13 ya habían tenido relaciones sexuales seguras con preservativo y 4 utilizaban métodos hormonales. Se hace referencia que en los 17 casos en que utilizaban habitualmente MAC, no eran empleados correctamente, muchas veces debido a la falta de información sobre la elección del método y su uso.

La edad temprana, la soltería, el bajo nivel educativo y el bajo nivel económico, corresponden al 100%, 71% ,19% y 42% respectivamente, el tiempo entre cada gestación en la multigesta menor a dos años está determinado por 19%. Problema que se agudiza con la presencia de adicciones al alcohol y a las drogas, el 48%, las inmunizaciones incompletas, el 19% y la presencia de infecciones de transmisión sexual determinada por el 4%, dato relativamente bajo relacionado a la no utilización de métodos, el 65%. Los antecedentes personales de enfermedades crónicas presente en el 25% de las adolescentes, sumado a la alta tasa de cesáreas, el 66,5%, y la incidencia de un 12,5% de abortos previos, refleja la presencia de estos factores de riesgo reproductivos en las adolescentes exponiéndolas a un mayor grado de morbimortalidad. La incidencia en partos prematuros en la muestra es de un 20%, 26,7% de casos de bajo peso al nacer , el 6,6% corresponde a un RN macrosómico y solamente un 2% de muerte neonatal.

Existen factores específicos de la mujer embarazada que determinan riesgo en el desarrollo del embarazo y en el nacimiento de su hijo. En nuestra muestra se evidencia la presencia de los siguientes factores de riesgos: diagnóstico de hipertensión arterial durante el embarazo 4%, captación tardía durante el

embarazo luego de las 20 semanas de gestación 16,6%; 14,5%, infecciones urinarias recurrentes, el 2% con diagnóstico de diabetes gestacional, embarazadas que consumen algún tipo de sustancia tóxica corresponde al 48% y el 33% presentaron algún tipo de infección de transmisión sexual.

En lo que se refiere en los antecedentes obstétricos el 75% cursan su primera gesta mientras que el 19% su segunda gesta y el 6% son consideradas multigestantes. La prevalencia de antecedentes de cesárea ya sea coordinadas o de urgencia fue de 66,5% mientras que de partos vaginales 33,5%.

La estructura psicológica de estas adolescentes aún está en formación en estas edades, la personalidad y la autoestima pueden reforzarse positivamente o negativamente al verse afectada por la gestación, como una situación de difícil afrontamiento. La inmadurez biológica, que a pesar de que se incrementa a medida que se avanza en las etapas de la adolescencia no culmina, aun así determina que estos embarazos sean considerados de riesgo. Es indispensable e ideal la formación de calidad sobre salud sexual y reproductiva para que puedan los adolescentes transitar este proceso, de manera saludable y planificada.

La problematización de ser una madre adolescente y además soltera se ve agravada por la estigmatización social, aun así a comenzado un proceso de cambio en la sociedad que se ve marcado por la valorización e importancia de los derechos reproductivos y sexuales situación que ha colaborado con la inclusión de oportunidades educativas y laborales en las adolescentes.

La deserción escolar presente en las adolescentes puede estar relacionado además de la inmadurez de la edad, también al número de hijos en las adolescentes con más de un hijo: a mayor número de hijos mayores las posibilidades de no continuar sus estudios, de capacitarse y de tener una inclusión laboral formal. El abandono también tiene relación con el acceso a servicios de cuidado de sus hijos y con la creación de políticas que apoyen sus necesidades de estudio y trabajo. Además aquellas mujeres que no cuentan con apoyo familiar para el cuidado de sus hijos, son más propensas a abandonar los programas de apoyo.

La relación entre la permanencia escolar, el tiempo en que ocurre el embarazo y la deserción escolar es compleja, y está asociada a una multicausalidad donde la responsabilidad del cuidado del recién nacido, la falta de programas sociales de permanencia en la educación formal y dificultades en las competencias escolares, donde cuidar el hijo puede ser una salida a esta situación problemática.

Generalmente la deserción de los centros educativos es a partir del 4 mes de embarazo y el abandono de los estudios de manera definitiva hasta dos años

posterior al nacimiento de su bebe donde ya se ha perdido la pertenencia grupal y generacional y la falta de apoyo familiar.

En resumen, a menor grado de instrucción menor posibilidades de trabajo y mayores posibilidades de salarios bajos, situación que empeora si tienen más niños, ya que las necesidades aumentan y las posibilidades de retomar sus estudios o de capacitarse, se alejan cada vez mas.

El abandono del trabajo en muchos de los casos de la muestra se debe al no ser aceptada con bebes a cargo lo que aumenta la dependencia económica a su núcleo familiar.

En los casos en que la adolescente logra trabajar se trata de un trabajo informal de pocas horas, mal remunerado, donde se ve obligada a dejar al bebe muchas veces a cargo de personas desconocidas.

Estas adolescentes que tuvieron un inicio sexual precoz estuvieron más expuestas al riesgo social y sexual, situación que puede haber incidido en estos embarazos no planificados y en las conductas sexuales de riesgo, sin protección contra las ITS, ni métodos anticonceptivos que las permitiera planificar y disfrutar una vida sexual de manera saludable y responsable.

A pesar de que todas estas adolescentes tenían acceso a centros de salud donde la existencia de programas de salud que abarcan la planificación familiar, mediante la entrega de información y métodos anticonceptivos, el acceso muchas veces fue limitado, quizás debido a tabúes sociales, a barreras económicas y al inadecuado conocimiento sobre los métodos anticonceptivos. Un mayor control sobre la fecundidad hubiera permitido a estas mujeres decidir sobre el momento más oportuno de gestar y de ampliar sus perspectivas de futuro. Casi todos los motivos de no utilización de métodos anticonceptivos fueron en gran parte banales, como el miedo a los efectos colaterales y desconocimiento, lo que demuestra que a pesar de que la mayoría de las adolescentes son sexualmente activas en edades tempranas, no utilizan métodos anticonceptivos ni se previenen contra ITS. Situación que determina la existencia de factores de riesgo reproductivos en estas mujeres en edad fértil, incrementado la probabilidad de enfermedad, de nuevos embarazos no planificados y de morbilidad materna.

El consumo de drogas en algunas de las adolescentes de la muestra, es un fenómeno que provoca dificultades tanto a la adolescente consumidora y a su hijo, como a la familia y sociedad, ya que sus consecuencias son consideradas problema para la salud pública y social ,marcada por el riesgo de enfermedades, criminalidad, prostitución y desintegración familiar y social. Estas adolescentes pueden estar incluidas en familias con perfil de riesgo donde la baja cohesión y autoridad familiar, la dificultad en la comunicación, la escases de rutinas familiares que contribuyen a un nivel de organización

familiar, la falta de apoyo para la familia del adolescente problemático, el bajo nivel ocupacional de los padres y la poca importancia al rendimiento académico y laboral del adolescente, y el bajo nivel de instrucción de los padres determina la aparición de conflictos familiares asociados a problemas de conducta, entre ellos el consumo de drogas. Entre los problemas adicionales que pueden llegar a sufrir estas adolescentes están, el abandono de las responsabilidades en el hogar, sobre todo con la atención de los hijos y el abandono de sus estudios. Las adolescentes embarazadas que consumen drogas pueden desarrollar en su hijo malformaciones, ellas pueden presentar menopausia precoz, menstruaciones irregulares, cirrosis hepática, demencia y están más expuestas a la depresión y a los intentos de autoeliminación. Además el consumo puede alterar el desarrollo físico y cognitivo del recién nacido, cuyo grado y severidad depende de la sustancia, del momento y grado de adicción, provocando síndrome de abstinencia en los recién nacidos, prematuréz, infecciones de transmisión sexual, afecciones de talla y perímetro cefálico y abandono del hijo, así como trastornos de conducta como la hiperactividad con y sin agresividad, relacionada a la abstinencia de sustancias tóxicas. Además el estado nutricional de las embarazadas adictas es deficiente, pueden padecer alguna infección como hepatitis B y C, o por VIH, malos controles prenatales perjudicando su salud y la de su bebé. El efecto vasoconstrictor de las drogas incluidas el alcohol sobre las madres, es capaz de ocasionar abortos, desprendimientos prematuros de placenta, prematuréz y bajo peso al nacer. Las ITS representan riesgos especiales para estas mujeres embarazadas y sus bebés, estas infecciones pueden causar abortos espontáneos, embarazos ectópicos, nacimientos sin vida, malformaciones, enfermedades durante el primer mes de vida y muerte neonatal. Lo más frecuente es que el bebé se infecte durante el parto al pasar por el conducto infectado, además muchas de las infecciones pueden atravesar la placenta e infectar el feto, existen tratamientos y medidas de cuidado para evitar la infección cruzada, como por ejemplo en los casos de la madre VIH y consumidora activa de cocaína y derivados, se opta por una cesárea de riesgo coordinada y la suspensión de la lactancia. Las adolescentes que presentan un intervalo intergenésico menor a dos años, representan mayor probabilidad de presentar prematuréz y retardo de crecimiento intrauterino, el riesgo de presentar complicaciones en el trabajo de parto, trastornos hipertensivos, óbitos, diabetes gestacional, sufrimiento fetal agudo, aumenta a razón de un intervalo intergenésico menor a 24 meses y se asocia a una evolución perinatal y materna adversa. Casi todas las enfermedades crónicas suponen riesgo al embarazo. Las complicaciones de las madres adolescentes con enfermedades crónicas determinan riesgos en la salud de la madre y el feto. Durante el embarazo la mujer está propensa a contraer diversas infecciones ya que sus defensas se disminuyen con frecuencia, de ahí la necesidad de mantener el carnet de vacunas en vigencia. Estas infecciones pueden provocar malformaciones y la muerte tanto materna como fetal. Las mujeres que quedaron embarazadas durante la temporada de

la gripe deben recibir la vacuna antigripal. En nuestro país se recomienda a las embarazadas en el tercer trimestre de gestación la vacunación de la tos convulsa, también contra hepatitis A y hepatitis B, la antineumocócica y la vacuna contra el tétano y la difteria. Existen vacunas que no son recomendadas durante el embarazo como la rubeola, sarampión y varicela.

La presencia de factores específicos de la mujer embarazada que determinan riesgo en el desarrollo del embarazo y en el nacimiento de su hijo, como la hipertensión arterial. Durante el embarazo, existen 3 tipos de hipertensión, la preeclampsia que es la subida de presión arterial acompañada de la presencia de proteínas en la orina, se desarrolla después de las 20 semanas de embarazo y desaparece luego del parto. La hipertensión gestacional que se desarrolla después de las 20 semanas del embarazo pero no viene acompañada de proteínas en la orina, es el tipo de hipertensión más común en el embarazo. La eclampsia es uno de los tipos más graves de hipertensión durante esta etapa. La eclampsia provoca convulsiones o coma durante las últimas etapas del embarazo. De las 2 gestantes de la muestra que ya presentaban diagnóstico de hipertensión arterial gestacional, ambas estaban controladas con la dieta hiposódica y con medicación, sin más complicaciones.

Como ya se estudio, la captación del embarazo luego de las 20 semanas de gestación, predispone al mal desarrollo y control del mismo, debido a la falta de calidad y de cantidad de los controles prenatales, patologías y condiciones que son detectadas al comienzo del embarazo mediante exámenes paraclínicos, ven su diagnóstico y tratamiento retrasado. Existen algunos factores determinantes en dicha captación tardía, como puede ser la negación del embarazo hasta el momento que sea evidente, la vergüenza de concurrir a un servicio de salud muchas veces ubicado en su barrio y la difícil afrontación de la situación ante su familia y amigos lo que determina una menor frecuencia en los controles prenatales. Las adolescentes conciben su hijo en un mal o deficiente estado nutricional, debido a que las demandas de nutrientes del organismo se ven aumentadas durante la gestación, puede ocurrir la presencia de anemia fisiológica, o sea, una disminución en la concentración de hemoglobina transportada en sangre. Esta deficiencia puede resultar en un bajo crecimiento fetal, parto prematuro y en aumento de la mortalidad materna posparto. Si un embarazo es planificado, el médico, además de sugerir una dieta rica en hierro, indicara hierro como suplemento, que debe ser tomado todos los días junto al ácido fólico por lo menos 3 meses antes de la gestación.

Otra complicación presente en varias de las adolescentes en gestación son las infecciones urinarias recurrentes, algunas de ellas, requirieron internación debido a la presencia de contracciones uterinas dolorosas, que pueden desencadenar un parto prematuro. Las infecciones de orina son muy frecuentes en las mujeres debido a que su uretra es muy corta, y los gérmenes presentes en el periné y ano ascienden con facilidad por ella hasta la vejiga. Se

suelen relacionar con una técnica de limpieza defectuosa. Durante el embarazo son todavía más frecuentes ya que se produce una retención de la orina por la dilatación y disminución del movimiento de la vía urinaria, de origen hormonal. Estas adolescentes fueron diagnosticadas mediante clínica y paraclínica en el primer nivel de atención y fueron derivadas al hospital, donde permanecieron internadas hasta completar el tratamiento con antibióticos. La educación de prevención y seguimiento fue realizado con éxito nuevamente en la policlínica.

En cuanto a la diabetes gestacional generalmente empieza entre las 24 y 28 semanas de embarazo y el objetivo de tratamiento es mantener los niveles de azúcar en sangre dentro de los límites normales, mas aun en el caso de la embarazada con antecedentes de fetos macrosómico, en este mismo caso no fue necesario la administración de medicamentos e insulina pero si un estricto control en la dieta. Esta adolescente tiene incrementada la posibilidad de lesión traumática en el canal del parto y su bebe debido a su gran tamaño y a culminar su parto en una cesárea coordinada, además de presentar riesgo de HTA. Es muy común que estas mujeres con diabetes gestacional desarrollen diabetes al cabo de 5 y 10 años después del parto.

Estas adolescentes embarazadas corren más riesgos de partos prematuros, situación que se ya evidencio en tres casos de la muestra en forma de amenaza. Debido a la interacción de uno o más factores de riesgos obstétricos potenciados con la presencia de factores ginecológicos.

La proporción del segundo embarazo no planificado en las adolescentes puede estar asociado a la no concurrencia de la consulta post parto donde se brinda asistencia sobre el uso de métodos anticonceptivos, determinando un intervalo intergenésico de riesgo.

La incidencia de la mortalidad neonatal a pesar de ser baja en la muestra, determina uno de los principales riesgos del embarazo adolescente junto a la morbimortalidad materna.

La inmadurez biológica de la adolescente ya explicada anteriormente, representa un factor de riesgo para el trabajo de parto, parto y puerperio; y se refleja en la mayor incidencia en la frecuencia de cesáreas.

Aunque los programas de salud han mejorado significativamente la incidencia de los embarazos adolescentes aun así se consideran una problemática en nuestro país. El impacto de las acciones realizadas en conjunto ha reflejado el incremento y el acceso a métodos anticonceptivos.

Dentro de los propósitos de esta investigación se culmino con la elaboración del perfil epidemiológico y la creación de sugerencias y recomendaciones que incidan en la disminución de la problemática; acciones dirigidas a este grupo etario que proporciona formación y orientación con un enfoque de género y

equidad basada en los derechos de salud sexual y reproductiva, así como la eliminación de tabúes y prejuicios en el ejercicio de la sexualidad. Educar a los jóvenes acerca de la responsabilidad que implica la madurez sexual y reproductiva, de forma que puedan vivir de forma segura y saludable, evitando situaciones inesperadas.

El enfoque de riesgo como estrategia para aumentar la equidad y la eficiencia de los servicios de salud, es una herramienta de gran importancia. Como resultado observamos que el embarazo a temprana edad tiene múltiples causas y consecuencias tanto como para la salud de la madre como para el bebe, con frecuencia los adolescentes no reciben cuidados prenatales a tiempo y tienen mayor riesgo de complicaciones. La OMS reconoció que los adolescentes constituyen un grupo muy vulnerable a su actividad sexual.

Los determinantes de un embarazo adolescente se han analizado mediante métodos de investigación cuantitativa mediante el enfoque de riesgo para elaborar un perfil epidemiológico de la muestra de adolescentes.

Mediante esta investigación se identifican los factores que inciden en el embarazo y la maternidad adolescente. En particular se estudia la relación entre embarazo y maternidad adolescente, asistencia escolar, oportunidades laborales y la morbilidad materna e infantil.

Las intervenciones presentadas a continuación, están elaboradas como forma de recomendaciones, para prevenir embarazos no deseados e incluyen cualquier actividad de educación sanitaria sobre anticoncepción y distribución de métodos anticonceptivos, tienen el objetivo de mejorar el conocimiento y las actitudes de los adolescentes en relación al riesgo de embarazo no planificado; promover el retraso del comienzo de las relaciones sexuales; promover el uso constante de métodos de regulación de la natalidad y reducir los embarazos no planificados.

## RECOMENDACIONES

---

- Promover el conocimiento entre los jóvenes sobre sus derechos de salud sexual y reproductiva.
- Incentivar la equidad de género donde la responsabilidad de la prevención de un embarazo no planificado es de la pareja y no solo de la mujer.
- Promover la educación sexual formal en todos los niveles de la Educación Pública y Privada.
- Impulsar y promover las estrategias y políticas de promoción de la salud reproductiva en la adolescente.
- Fomentar el acceso a los servicios de salud que brinden contención y atención no solo a las adolescentes también a sus parejas y familias.
- Elaborar programas de capacitación para los trabajadores de la salud que están en contacto con los adolescentes como forma de mejorar sus conocimientos y la comunicación entre ambos.



- Que enfermería profesional brinde una atención integral a la adolescente embarazada mediante el Proceso de Atención de Enfermería, donde el plan de acciones este dirigido a la prevención de nuevos embarazos no planificados mediante el uso y el conocimiento sobre los métodos anticonceptivos, el autocuidado en el puerperio, cuidados del recién nacido, prevención de complicaciones, promoción de los controles maternos y del niño, entre otros.
- Incentivar que los centros educativos elaboren programas flexibles donde las adolescentes puedan seguir sus estudios aun estando embarazada y luego del nacimiento de su bebe.
- Promover el acceso a la información sobre el correcto uso de los métodos anticonceptivos, los diferentes tipos que existen mediante la consulta ginecológica, mediante equipos de asesoramiento en el primer nivel de atención o en los centros educativos.
- Estimular la sexualidad saludable y responsable en las adolescentes, y promover el empoderamiento de las mujeres para que decidan cuando y como es el mejor momento de concebir un hijo.
- Fortalecer los vínculos familiares de los adolescentes mediante redes de apoyo a la familia para que brinden información de calidad sobre sexualidad a sus hijos.

## BIBLIOGRAFIA

---

- Elia B. Pineda, Eva Luz de Alvarado. Libro *“Metodología de la Investigación”*, Tercera edición, Organización Panamericana de la Salud, Washington, D.C. 2008.
- Umberto Eco. Artículo *“Técnicas y procedimientos de estudio, investigación y escritura”*. En: Libro *Cómo se hace una tesis*. Traducción Lucia Baranda, Alebrto Claveria, Sexta Edición, Editorial GEDISA SA- Barcelona, España, 1983.
- Serra Martínez S, Mora Alba A, Mora Cantoral M. Artículo *“Orientaciones para elaborar un trabajo escrito”*. En: *Manual para la elaboración de trabajos escritos*. León: Universidad Iberoamericana León. 2006: 24
- Schulte BE, Price LD, Gwin JE. Libro *“Enfermería Pediátrica de Thompson”* Cap.15, 8ª Edición. Madrid, Editorial Mc Graw-Hill Interamericana, 2002.

- Cristina Lammers Reporte “*Adolescencia y embarazo en el Uruguay. Joven, pobre y embarazada: antecedentes y estrategias para mejorar la situación y el futuro de las madres adolescentes*”. Uruguay, Diciembre del 2000.
- Prof.Dr.Juan R.Issler. Revista de Posgrado de la Cátedra V Medicina N° 107 “*Embarazo en la Adolescencia*”.Pag:11-23. Agosto/2001.
- Pagina web: <http://www.who.int/topics/epidemiology/es/> ( Fecha de acceso 23 de Febrero, 2014).
- Pagina web: <http://procesosaludenfermedadpleno.blogspot.com/>( Fecha de acceso 23 de Febrero, 2014).
- Pagina web: <http://www.monografias.com/trabajos5/epidemio/epidemio.shtml> ( Fecha de acceso 23 de Febrero, 2014).
- Pagina web: <http://www.unicef.org/spanish/adolescence> (Fecha de acceso 24 de Febrero, y 2 de Marzo,2014).
- Pagina web: <http://www.tse.go.cr/pdf/normativa/codigodelaniñez.pdf> (Fecha de acceso 24 de Febrero, 2014)
- Pagina web: <http://www.ligaeducacion.org/publicaciones-investigaciones.php> (Fecha de acceso 26 de Febrero, 2014)
- Pagina web: [http://www.unicef.org/costarica/docs/cr\\_pub\\_Desafios\\_maternidad\\_adolescente](http://www.unicef.org/costarica/docs/cr_pub_Desafios_maternidad_adolescente) (fecha de acceso 26 de Febrero, 2014).
- Pagina web: <http://www.eumed.net/coursecon/2/demografia.htm> (fecha de acceso 26 de Febrero, 2014).
- Pagina web: <http://www.fcs.edu.uy/adolescentesenuruguay> (fecha de acceso 26 de Febrero, 2014).
- Pagina web: <http://www.who.int/Boletín de la Organización Mundial de la Salud. Embarazo en adolescentes: un problema culturalmente complejo> (Fecha de acceso 22 de Febrero, 2014).

- Pagina web:  
<http://www.buenastareas.com/ensayos/maternidad-y-paternidad-responsable/7597052.html>. (Fecha de acceso 27 de Febrero, 2014).
- Pagina web:  
[http://www.unicef.org/lac/fast\\_facts\\_SP\(1\).pdf](http://www.unicef.org/lac/fast_facts_SP(1).pdf). (Fecha de acceso 27 de Febrero, 2014).
- Pagina web:  
<http://www.scielosp.org/> version Online ISSN 0864-3466. Gloria Acosta Suárez y Epifanía Medina Artilles. Revista Cubana de Enfermería “*Líneas de Investigación en Enfermería*”, V.13 N.2 Ciudad de la Habana, Julio-Diciembre, 1997. (Fecha de acceso 28 de Febrero, 2014).
- Pagina web:  
<http://www.scielosp.org/> version Online ISSN 0864-3466. Gloria Acosta Suárez y Epifanía Medina Artilles. Revista Cubana de Enfermería “*Líneas de Investigación en Enfermería*”, V.13 N.2 Ciudad de la Habana, Enero-Marzo, 2006. (Fecha de acceso 02 de Marzo, 2014).
- Pagina web:  
<http://www.mysu.org.uy/Embarazo-y-parto>. (Fecha de acceso 4 de Marzo, 2014).
- Pagina web:  
[http://www.scielo.cl/Revista chilena de obstetricia y ginecología versión On-line ISSN 0717-7526 v.67 n.6 ,Santiago 2002](http://www.scielo.cl/Revista%20chilena%20de%20obstetricia%20y%20ginecologia%20versi%C3%B3n%20On-line%20ISSN%200717-7526%20v.67%20n.6%20Santiago%202002). (Fecha de acceso 4 de Marzo, 2014).
- Pagina web:  
[http://www.who.int/topics/millennium\\_development\\_goals/child\\_mortality/es/](http://www.who.int/topics/millennium_development_goals/child_mortality/es/) (Fecha de acceso 8 de Marzo, 2014).
- Pagina web:  
[http://www.suis.org.uy/pdf/programa\\_aduana.pdf](http://www.suis.org.uy/pdf/programa_aduana.pdf). (Fecha de acceso 5 de Marzo, 2014).
- Pagina web:

- <http://www.chlaep.org.uy/descargas/programa-inmunizaciones/objetivos-de-los-programas-de-inmunizacion-.pdf>. (Fecha de Acceso 5 de Marzo, 2014).
- Pagina web:  
<http://www.sup.org.uy/Vacunas>. (Fecha de acceso 5 de Marzo, 2014).
  - Pagina web:  
<http://www.parlamento.gub.uy/leyes/ley18987interrupcionvoluntariadelembarazo30/octubre2012>. (Fecha de acceso 6 de Marzo, 2014).
  - Diario El Pais online, 5 de Julio 2013:  
<http://www.elpais.com.uy/informacion/mortalidad-infantil-volvio-aumentar.html>. ( Fecha de Acceso 8 de Marzo, 2014).
  - Pagina web:  
<http://www.es.scribd.com/doc/23343816/NIVELES-DE-ATENCION-EN-SALUD>. (Fecha de acceso 7 de Marzo, 2014).
  - Pagina web:  
[http://www.mysu.org.uy/IMG/pdf/normas\\_anticoncepcion\\_uruguay.pdf](http://www.mysu.org.uy/IMG/pdf/normas_anticoncepcion_uruguay.pdf). (Fecha de acceso 10 de Marzo, 2014).
  - Pagina web:  
<http://www.parlamento.gub.uy/leyes/leyN17.823codigodelaniñezyladolescencia>. (Fecha de acceso 10 de Marzo, 2014).
  - Pagina web:  
[http://www.mysu.org.uy/IMG/pdf/normas\\_anticoncepcion\\_uruguay.pdf](http://www.mysu.org.uy/IMG/pdf/normas_anticoncepcion_uruguay.pdf). (Fecha de acceso 13 de Marzo, 2014).
  - Pagina web:  
<http://www.femi.com.uy/archivos.../Prog.%20RN%CFEMI%2024-11-06.ppt>. (Fecha de acceso 13 de Marzo, 2014).

## ABREVIATURAS

---

OMS: Organización Mundial de la Salud

OPS: Organización Panamericana de la Salud

UNICEF: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia

ONU: Organización de las Naciones Unidas

MSP: Ministerio de Salud Pública

ITS: Infecciones de Transmisión Sexual

DIU: Dispositivo Intra Uterino

SIDA: Síndrome Inmunodeficiencia Adquirida

VIH: Virus de la Inmunodeficiencia Humana

UNFPA: Fondo de Población de las Naciones Unidas

D.G : Diabetes Gestacional

H.T.A : Hipertensión arterial

H.T.A.G : Hipertensión arterial gestacional