



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA  
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA**

**EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA Y SUS REPERCUSIONES  
MATERNOPERINATALES POR INASISTENCIA O DESAPEGO AL  
CONTROL PRENATAL**

**TESINA**

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE  
LICENCIADA EN ENFERMERÍA

PRESENTA:

**ELIZABETH REYES PEÑA**

**ASESORA DE TESINA:**

**MTRA. GLADIS PATRICIA ARISTIZÁBAL HOYOS**



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

## AGRADECIMIENTOS

A Dios por  
guiarme en cada paso que doy, por darme la  
fortaleza para seguir adelante.

A mis padres que siempre estuvieron cuando más  
los necesitaba brindándome su apoyo  
incondicional para poder seguir adelante  
y poder lograr mis objetivos

David, por tu infinita paciencia,  
Por tu tierna compañía y tu inagotable apoyo  
Por creer en mí y compartir mis logros,  
Este trabajo también es tuyo, te amo.

Sara, hija mía, tus ojos me han inspirado para  
Hacer esto una realidad, eres un milagro  
y la mayor motivación en mi vida.

A mi tutora .Mtra. Gladis Patricia Aristizábal Hoyos, quien me ha acompañado  
durante el proceso de este trabajo, brindándome su tiempo, orientación y  
comprensión.

## ÍNDICE

### Agradecimientos

<b>Introducción.....</b>	<b>1</b>
<b>Planteamiento del problema.....</b>	<b>2</b>
<b>Pregunta de investigación.....</b>	<b>2</b>
<b>Justificación.....</b>	<b>3</b>
<b>Objetivos.....</b>	<b>4</b>
<b>Metodología.....</b>	<b>5</b>
<b>CAPITULO 1.....</b>	<b>6</b>
<b>Perspectiva general del embarazo en adolescentes.....</b>	<b>6</b>
1.1. Características generales de la adolescencia.....	6
1.2. Cambios importantes en el embarazo.....	9
1.3. Embarazo en la adolescencia, un problema de salud pública en América Latina y el Caribe.....	13
<b>CAPITULO 2.....</b>	<b>17</b>
<b>Aspectos principales del control prenatal.....</b>	<b>17</b>
2.1. Una visión a la muerte materna en México.....	17
2.2. Aspectos históricos del control prenatal en México.....	24
2.3. De la primera consulta del control prenatal.....	27
2.4. Del seguimiento y periodicidad de los controles.....	32
<b>CAPITULO 3.....</b>	<b>34</b>
<b>Factores que influyen en la inasistencia al control prenatal de Adolescentes embarazadas.....</b>	<b>34</b>
3.1. Factores Psicosociales.....	34
3.2. Factores Culturales.....	37
3.3. Factor Sistema de salud.....	40

3.4. Factor educativo.....	43
3.5. Factor socioeconómico.....	44
<b>CAPITULO 4.....</b>	<b>47</b>
<b>Repercusiones maternoperinatales en adolescentes embarazadas por inasistencia o desapego al control prenatal.....</b>	<b>47</b>
4.1. Repercusiones maternas.....	47
4.2. Repercusiones perinatales.....	54
<b>CAPITULO 5.....</b>	<b>59</b>
<b>Intervención del profesional de Enfermería en el control prenatal y la prevención de embarazo en adolescentes.....</b>	<b>59</b>
5.1. Enfermería en su rol docente en el embarazo y control prenatal.....	59
5.2. Acciones de Enfermería para la prevención de embarazo en adolescentes.....	63
<b>Conclusiones.....</b>	<b>70</b>
<b>Referencias bibliográficas.....</b>	<b>72</b>

## INTRODUCCIÓN

La inasistencia al control prenatal o el desapego al mismo repercuten en complicaciones serias para la embarazada, el feto y/o el neonato, cuando el embarazo se presenta durante la adolescencia dichas repercusiones son mayores y los requerimientos en atención a la salud, de igual forma aumentan.

El objetivo del presente trabajo fue determinar las repercusiones materno perinatales que puede enfrentar la adolescente embarazada por inasistencia o desapego al control prenatal, se mencionan algunos factores que influyen para que la adolescente embarazada no lleve a cabo un control prenatal oportuno. En el primer capítulo se da una perspectiva general del embarazo en la adolescencia, se abordan los cambios importantes que suceden en el cuerpo de la adolescente, tanto físicos como emocionales, pero también los que ocurren en el cuerpo de la mujer durante el embarazo. En el segundo capítulo se explican los aspectos principales del control prenatal, la importancia que posee el monitoreo del embarazo desde la primera consulta hasta el parto. En el tercer capítulo se hace mención de los diferentes factores que influyen en la inasistencia al control prenatal en las adolescentes embarazadas. El capítulo cuarto menciona las repercusiones materno perinatales en la adolescente embarazada que no asiste al control prenatal y el capítulo quinto hace referencia a la Intervención del profesional de Enfermería en el control prenatal y la prevención de embarazos en adolescentes, en este apartado se enfatiza el trabajo tan importante que hace el profesional de Enfermería, ya que posee los conocimientos para intervenir en temas de interés para la población adolescente.

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

El embarazo en adolescentes se ha considerado como un problema de salud pública debido a la alta incidencia y complicaciones médicas, psicológicas y socioeconómicas que conlleva. Además de la alta incidencia, otra de las grandes preocupaciones que genera el embarazo en adolescentes son las consecuencias clínicas fetales asociadas.

## **PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN**

¿Existen repercusiones maternoperinatales por inasistencia o desapego al control prenatal en las adolescentes embarazadas?

## JUSTIFICACIÓN

El embarazo en la adolescencia es reconocido a nivel mundial como un problema de salud pública y de origen multifactorial, los aspectos biológicos, psicológicos y socioculturales que influyen para que ocurra un embarazo en la adolescente, también repercuten en su resultado perinatal. Es clara la importancia de asistir al control prenatal, ya que durante este, las embarazadas llevan una valoración estrecha y detallada en la cual se pueden evitar complicaciones, sin embargo, algunas no asisten a estos controles por diversas razones, lo que puede desencadenar complicaciones en el embarazo y puerperio.

El profesional de enfermería cumple un papel decisivo durante el control prenatal, es importante conocer y determinar las repercusiones de la inasistencia y el desapego a los controles prenatales en adolescentes embarazadas ya que a través de este conocimiento se pueden implementar programas que eviten dichas consecuencias. Si se tiene en cuenta que el embarazo en adolescentes es un fenómeno social que está cobrando importancia en nuestro país y América Latina, es indispensable atender a esta problemática; además de que son temas que le competen al profesional de Enfermería, por su labor en la promoción y educación para la salud, conocer más de estos temas ayudará a tener una visión más amplia que mejorará el desempeño de los mismos en los diferentes roles, proveedor de cuidados, administrativo, en investigación y en el ámbito docente, todo ello con fundamentos científicos y sobre todo con un espíritu humanístico.

## **OBJETIVOS**

### **OBJETIVO GENERAL**

- Analizar las repercusiones maternoperinatales en las adolescentes embarazadas por inasistencia o desapego al control prenatal.

### **OBJETIVOS ESPECIFICOS**

- Identificar los factores que influyen para que la adolescente embarazada no lleve a cabo un control prenatal oportuno.
- Describir la importancia que desempeña el profesional de Enfermería en el control prenatal de adolescentes embarazadas.

## **METODOLOGÍA**

Se realizó una Investigación documental sistemática a través de un estudio descriptivo, longitudinal y retrospectivo realizado de marzo a junio de 2015. Se efectuó una búsqueda exhaustiva de fuentes documentales.

Criterios de inclusión: Artículos publicados en revistas científicas sanitarias, tanto originales como artículos de revisión y documentos de posición política en materia de salud de los últimos cinco años, en inglés y español. La búsqueda específica incluyó las siguientes bases de datos: *LILACS*, *MEDLINE*, *REDALYC* y *SCIELO*. Se utilizaron como palabras claves: embarazo adolescente, control prenatal, complicaciones y factores de riesgo.

# Capítulo 1

## Perspectiva general del embarazo en adolescentes

### 1.1. Características generales de la adolescencia

La Organización Mundial de la Salud (OMS), define la adolescencia como la etapa que transcurre entre los 12 y 19 años, considerándose dos fases, la adolescencia temprana 12 a 14 años y la adolescencia tardía 15 a 19 años. En cada una de las etapas se presentan cambios tanto en el aspecto fisiológico (estimulación y funcionamiento de los órganos por hormonas, femeninas y masculinas), cambios estructurales anatómicos y modificación en el perfil psicológico y de la personalidad; sin embargo, la condición de la adolescencia no es uniforme y varía de acuerdo a las características individuales y de grupo.

#### La adolescencia temprana (de 12 a 14 años)

Es en esta etapa en la que, por lo general, comienzan a manifestarse los cambios físicos, que usualmente empiezan con una repentina aceleración del crecimiento, seguido por el desarrollo de los órganos sexuales y las características sexuales secundarias. Estos cambios externos son con frecuencia muy obvios y pueden ser motivo de ansiedad así como de entusiasmo para los individuos cuyos cuerpos están sufriendo la transformación.

Los cambios internos que tienen lugar en el individuo, aunque menos evidentes, son igualmente profundos. Una reciente investigación neurocientífica muestra que, en estos años de la adolescencia temprana, el cerebro experimenta un súbito desarrollo eléctrico y fisiológico. El número de células cerebrales pueden casi llegar a duplicarse en el curso de un año, en tanto las redes neuronales se reorganizan radicalmente, con las repercusiones consiguientes sobre la capacidad emocional, física y mental.

El desarrollo físico y sexual, más precoz en las niñas –que entran en la pubertad unos 12 a 18 meses antes que los varones– se reflejan en tendencias semejantes en el desarrollo del cerebro. El lóbulo frontal, la parte del cerebro que gobierna el razonamiento y la toma de decisiones, empieza a desarrollarse durante la adolescencia temprana. Debido a que este desarrollo comienza más tarde y toma más tiempo en los varones, la tendencia de éstos a actuar impulsivamente y a pensar de una manera acrítica dura mucho más tiempo que en las niñas. Este fenómeno contribuye a la percepción generalizada de que las niñas maduran mucho antes que los varones.

Es durante la adolescencia temprana que tanto las niñas como los varones cobran mayor conciencia de su género que cuando eran menores, y pueden ajustar su conducta o apariencia a las normas que se observan. Pueden resultar víctimas de actos de intimidación o acoso, o participar en ellos, y también sentirse confundidos acerca de su propia identidad personal y sexual.

La adolescencia temprana debería ser una etapa en la que niños y niñas cuenten con un espacio claro y seguro para llegar a conciliarse con esta transformación cognitiva, emocional, sexual y psicológica, libres de la carga que supone la realización de funciones propias de adultos y con el pleno apoyo de adultos responsables en el hogar, la escuela y la comunidad. Dados los tabúes sociales que con frecuencia rodean la pubertad, es de particular importancia darles a los adolescentes en esta etapa toda la información que necesitan para protegerse de infecciones de transmisión sexual, del embarazo precoz y de la violencia. Para muchos niños, esos conocimientos llegan demasiado tarde, si es que llegan, cuando ya han afectado el curso de sus vidas y han arruinado su desarrollo y su bienestar.

### **La adolescencia tardía (de los 15 a los 19 años)**

Se produce un aumento de la masa y fuerza muscular, más marcado en el varón, acompañado de un aumento de la capacidad de transportación de oxígeno, incremento de los mecanismos de amortiguadores de la sangre, que permiten

neutralizar de manera más eficiente los productos químicos derivados de la actividad muscular, también se produce un incremento y maduración de los pulmones y el corazón, teniendo por tanto, un mayor rendimiento y recuperación más rápida durante el ejercicio físico.

El desarrollo sexual está caracterizado por la maduración de los órganos sexuales, la aparición de los caracteres sexuales secundarios y el inicio de la capacidad reproductiva.

Los aspectos psicosociales están integrados en una serie de características y comportamientos que en mayor o menor grado están presentes durante esta etapa, que son:

- Búsqueda de sí mismos y de su identidad, necesidad de independencia.
- Evolución del pensamiento concreto al abstracto. Las necesidades intelectuales y la capacidad de utilizar el conocimiento alcanzan su máxima eficiencia.
- Manifestaciones y conductas sexuales con desarrollo de la identidad sexual.
- Contradicciones en las manifestaciones de su conducta y constantes fluctuaciones de su estado anímico.
- Actitud social reivindicativa: en este periodo, los jóvenes se hacen más analíticos, comienzan a pensar en términos simbólicos, formular hipótesis, corregir falsos preceptos, considerar alternativas y llegar a conclusiones propias. Se elaboran una escala de valores en correspondencia con su imagen del mundo.
- La elección de una ocupación y la necesidad de adiestramiento y capacitación para su desempeño.
- Necesidad de formulación y repuesta para un proyecto de vida.

## **1.2. Cambios importantes en el embarazo**

Tras la fecundación, todo el organismo se prepara para el largo proceso durante el cual tendrá que alojar al feto y cubrir sus necesidades metabólicas. De forma fisiológica, el organismo materno sufre modificaciones anatómicas y funcionales que le permiten, por una parte, crear un espacio en el que el feto se desarrolle adecuadamente y, por otra, prepararse para el delicado momento del parto y para un postparto en el que tendrá que amamantar al neonato.

Es evidente que durante este periodo todo el organismo se ve afectado tanto anatómica como fisiológicamente en un proceso de adaptación a la nueva situación que se presenta en la mujer.

La maternidad es un rol de la edad adulta, cuando ocurre en el periodo en que la mujer no puede desempeñar adecuadamente ese rol, el proceso se perturba en diferente grado. En general, las madres adolescentes pertenecen a sectores sociales más desprotegidos y, en las circunstancias en que ellas crecen, su adolescencia tiene características particulares.

Es habitual que asuman responsabilidades impropias de esta etapa de su vida, reemplazando a sus madres y privadas de actividades propias de su edad, confundiendo su rol dentro del grupo, comportándose como "hija-madre", cuando deberían asumir su propia identidad superando la confusión en que crecieron.

### **Cambios en el sistema nervioso central y periférico**

Por resonancia magnética se ha demostrado que el riego sanguíneo cerebral bilateral en las arterias cerebrales media y posterior disminuye progresivamente hasta el tercer trimestre; se desconoce el mecanismo e importancia clínica de esta merma, aunque podría explicar la disminución de la memoria durante el embarazo.

## **Modificaciones Circulatorias**

Todas las modificaciones que sufre el sistema circulatorio tienen por objetivo principal asegurar la circulación placentaria para que el feto pueda recibir el oxígeno y los nutrientes que necesita. El aumento de la volemia que puede llegar a ser hasta de un 50%, induce un aumento del gasto cardíaco. La tensión arterial y la frecuencia cardíaca permanecen dentro de los límites de la normalidad, aumentando ligeramente la frecuencia en el último trimestre de gestación.

## **Cambios en la piel**

- **Prurito:** Se presenta en 3 a 20% de las embarazadas, puede ser localizado o generalizado y se acentúa conforme avanza la gestación.
- **Alteraciones pigmentarias:** La más común y que preocupa a la mujer gestante es el cloasma ; esto se debe a que en determinadas áreas de la piel hay mayor cantidad de melanocitos, siendo la única alteración histológica el depósito de melanina, influenciadas por la hormona estimulante de la melanina, factores genéticos, cosméticos y radiación ultravioleta .
- **Estrías:** frecuente en personas de piel clara, de localización abdominal, alrededor del ombligo y en las mamas; no solo se producen por la distensión de la piel, sino también influirían los factores hormonales.

## **Cambios en el aparato urinario**

La estimulación hormonal que aparece durante el embarazo tiene como resultante la dilatación tanto de la pelvis renal como de ambos uréteres probablemente la hormona responsable será la progesterona que, como es bien sabido, comienza su formación hacia la décima semana. El flujo plasmático renal se incrementa en

el primer trimestre, en una mujer no embarazada se cifra en torno a los 600 ml/min. Y en la mujer embarazada podemos cifrarla en unos 836 ml/min.

Todo esto tiende a disminuir en el tercer trimestre. Se piensa que el responsable de dicho incremento en el primer trimestre suele ser el lactógeno placentario.

### **Cambios en el tracto gastrointestinal**

El estómago se modifica debido a factores mecánicos y hormonales; el elemento mecánico es el útero ocupado y el factor hormonal, la progesterona, que disminuye el peristaltismo gástrico e intestinal; como resultado del factor hormonal, se producirá retraso en el vaciamiento gástrico y, en el intestino, una mayor absorción, debido a la lentitud en el tránsito intestinal.

Las causas de las náuseas y los vómitos son muy variadas, aunque existe un componente hormonal que es fundamental. La gonadotropina coriónica es muy elevada en el primer trimestre del embarazo, donde se produce una exacerbación de este cuadro. A partir del 2º trimestre (alrededor de la 12ª semana de gestación) suele desaparecer este cuadro.

### **Cambios en el sistema respiratorio**

Se producen precozmente a partir de la octava semana modificaciones en las capacidades, volúmenes y ventilaciones pulmonares, por efecto hormonal y modificaciones mecánicas y anatómicas:

**Por efectos hormonales:** Dilatación de la vía aérea, disminución de la resistencia pulmonar hasta en 50% (por acción de la progesterona, cortisol y relaxina). Además, se presenta ingurgitación de la mucosa nasal, orofaríngea y laríngea, proporcionando mayor vascularidad, razón por la cual habría una mayor absorción de medicamentos y riesgo de epistaxis. Se encuentran aumentados el volumen corriente, la ventilación pulmonar y el consumo de oxígeno; la capacidad residual funcional y el volumen residual están disminuidos, por elevación del diafragma.

**Por modificaciones anatómicas:** Los diámetros vertical interno y circunferencia de la caja torácica muestran modificaciones importantes; el primero disminuye

hasta 4 cm, por elevación del diafragma por el útero ocupado; el eje transversal y anteroposterior incrementan la circunferencia torácica en 6 cm.

### **Modificaciones del cuello uterino**

El epitelio de revestimiento suele ser el que más cambio sufre, entre los principales cambios podemos citar:

1. **Eversión del conducto endocervical;** dicha eversión empieza a producirse durante el primer trimestre.

Los mecanismos de producción que la suscitan no están muy definidos, pero todo apunta a una teoría hormonal sobre todo las de origen placentario.

2. **Aparición de metaplasia escamosa.** Diversos autores afirman que estas son producidas por la acción de las secreciones vaginales por su pH.

3. **Modificaciones en el tejido conjuntivo subepitelial.** Existe un aumento de la vascularización y edemas, lo cual explicaría el tono violáceo que adopta esta zona durante la gestación.

Como podemos ver, el embarazo implica diversos cambios fisiológicos y anatómicos, la adolescente embarazada afronta una serie de emociones pues su cuerpo que está en pleno desarrollo, surgirán varias “deformaciones” que pueden afectar también en su estado psicológico, los cambios en el embarazo son naturales y bien aceptados para la persona que tiene la madurez física y emocional para afrontar el embarazo, pero la adolescente puede llegar a culpar el embarazo por las diversas transformaciones que sufrirá su cuerpo, por lo que debe recibir atención integral, incluyendo ayuda psicológica durante el control prenatal.

### **1.3. Embarazo en la adolescencia, un problema de salud pública en América Latina y el caribe**

De acuerdo con el Censo de Población de 2010, en México habitan 36.2 millones de jóvenes entre 12 y 29 años, 17.8 millones (49.2%) son hombres, mientras que 18.4 millones (50.8%) son mujeres y; lo que supone la oportunidad de desarrollo social y económico que garantice el crecimiento sustentable de la nación; sin embargo para que esto pueda cumplirse es indispensable que el capital humano se prepare tanto en el aspecto académico como en el humanista.

La adolescencia es una etapa de la vida de grandes oportunidades pero también es altamente vulnerable, las decisiones sobre la conducta sexual y reproductiva son trascendentes para el desarrollo futuro de los individuos, de sus hijos e hijas y de sus parejas. El embarazo no planeado es una de las amenazas para el desarrollo integral de los y las adolescentes, ya que esta situación no esperada, puede poner en peligro la salud de la mujer y retrasar o suspender los procesos de capacitación para la vida y para el trabajo productivo.

No obstante el embarazo a edades tempranas en México –antes de los 19 años– continúa siendo alto: 6.6% antes de los 17 años y 19.2% entre 18 y 19 años de edad. Casi la mitad de las mujeres de 20 a 24 años han estado embarazada por lo menos una vez en su vida. Es por ello que se ha considerado el embarazo en adolescentes como una problemática social que se le ha ubicado dentro de lo cultural, pero, si bien es cierto, ésta problemática es tripartita e involucra a tres sectores: el educativo, el de salubridad y el familiar.

Hoy, este fenómeno social se ha convertido en un problema poblacional y no solo a nivel nacional, sino también internacional, mayormente en América Latina, convirtiéndose en algo que amplía las brechas sociales y de género; se trata de un

tema de proyecto de vida, de educación, de salud, pero sobre todo de respeto a sus derechos humanos, a su libertad y a su desarrollo como personas.

Según el Banco Mundial, América Latina y el Caribe presenta las mayores tasas de embarazo en adolescentes (72 nacimientos por cada 1000 mujeres de entre 15 y 19 años de edad), después de África subsahariana y el sur de Asia (con 108 y 73 nacimientos, respectivamente). Si bien las tasas están disminuyendo en todo el mundo, en América Latina este proceso ha sido extremadamente lento, al parecer por las condiciones de desigualdad que presenta la región.

La persistencia de altas tasas de embarazo y maternidad adolescentes en América Latina, tiene una relación cultural y política, entre ellas cabe destacar el inicio cada vez más temprano del ejercicio de la sexualidad en los y las jóvenes, y el impacto incierto que ejerce la erotización de los medios de comunicación, incluso en programas dirigidos a niños y adolescentes. En lo político, debe verificarse la insuficiente educación sexual en el sistema educativo en muchos de los países, la falta de políticas públicas de salud sexual y reproductiva para adolescentes; por lo mencionado anteriormente, el Banco Mundial declaró en el 2013 que América Latina corre el riesgo de fracasar en la reducción del embarazo en adolescentes, debido a que es un grave problema que se debe principalmente a la pobreza y la baja calidad educativa.

El Instituto Nacional de Estadística y Geografía define la fecundidad adolescente como como: La frecuencia relativa de nacimientos dentro de la edad adolescente, y se mide según la cantidad de nacimientos de madres de 15 a 19 años por cada 1.000 mujeres de esa edad.

Las adolescentes indígenas de México tienen una tasa de fecundidad más alta que las no indígenas. La tasa de fecundidad de las mujeres de 15 a 19 años de edad hablantes de una lengua indígena es de 96.7 por 1,000 mujeres; la de las no indígenas, de 68 por 1,000.

Entre las adolescentes hablantes de lengua indígena existe una menor permanencia en la escuela, ya que cerca del 35% de la población adolescente

indígena de 10 a 19 años y casi la mitad que se encuentra entre los 15 y 17 años de edad no asisten a la escuela. Los y las adolescentes indígenas, por lo tanto, son otro segmento diferenciado que deben alcanzar los programas de aumento de cobertura escolar y los de salud sexual y reproductiva.

Según el nivel de escolaridad de la mujer, los valores en las tasas globales de fecundidad evidencian la influencia que tiene la escolaridad sobre el comportamiento reproductivo y la falta de oportunidades en diferentes ámbitos sociales, pues la ubicación geográfica en donde viven las ha limitado a desarrollarse como personas y hacerse creer a ellas mismas que no hay más que lo que ofrece su comunidad, limitaciones, pobreza y con la única certidumbre de que algún día se convertirán en madres, porque son paradigmas que se han seguido durante generaciones y porque se les ha hecho creer que es un rol que debe ejercer la mujer a partir de su ciclo reproductivo, con o sin preparación académica las mujeres indígenas son madres, y según el punto de vista de ellas mismas, “entre más joven mejor”, ya que ello les permite disfrutar de sus hijos a una edad donde se posee fuerza física para trabajar, y lo que es más, entre más hijos mejor, pues ello representa mano de obra en el campo, y de esta manera se va armando una cadena, eslabón por eslabón hasta cerrar un círculo que se ve reflejado en las estadísticas de nuestro país.

Según el Instituto Nacional de las Mujeres, existe una diferencia amplia en la fecundidad entre aquellas mujeres que no fueron a la escuela o no completaron la educación primaria con 3.2 hijos en promedio y aquellas que cuentan con preparatoria o estudios superiores, con 1.9 hijos.

En el pasado completar la educación primaria producía un cambio importante en la fecundidad de las mujeres; sin embargo, en 2009 la fecundidad de las mujeres que no fueron a la escuela y quienes completaron la primaria es prácticamente la misma, 3.2 y 3.1 hijos y por tanto, en años recientes la mayor diferencia en la

fecundidad se observa al pasar de la secundaria a la educación media superior y superior, ésta representa 0.8 y 0.7 hijos en 1999 y 2009, respectivamente.

De ahí la importancia de ampliar la cobertura educativa, para que las y los adolescentes que viven en comunidades rurales marginadas y los que viven en áreas urbanas tengan una perspectiva de vida mejor a la de sus padres o antepasados, que puedan mirar en la educación como una herramienta que abrirá puertas a mejores oportunidades laborales y por ende, una mejor calidad de vida.

## **Capítulo 2**

### **Aspectos principales del control prenatal**

#### **2.1. Una visión a la muerte materna en México**

La Organización Mundial de la Salud define la muerte materna como:

La muerte de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, independientemente de la duración y el sitio del embarazo, debida a cualquier causa relacionada con o agravada por el embarazo mismo o su atención, pero no por causas accidentales o incidentales.

La muerte materna es una preocupación permanente en la agenda global, además de ser uno de los indicadores más contundentes de desarrollo en los países, es un reflejo inequívoco del acceso de las mujeres a los servicios de salud públicos; reducir la mortalidad materna implica no sólo mejorar la calidad y oportunidad de los servicios de atención médica y preventiva, sino también reconocer que la salud es causa y consecuencia de todo un entorno social, económico y cultural. De ahí que la Organización de las Naciones Unidas haya convertido este tema en uno de los pilares de las Metas del Milenio.

La mortalidad materna constituye un grave problema de salud pública, derechos humanos, desarrollo social, equidad de género y justicia social; en México no se ha logrado la disminución de las cifras de mortalidad desde 2002 de manera consistente. Las muertes maternas pueden prevenirse, ya que la mayoría de las complicaciones se pueden resolver con el desarrollo tecnológico existente, siempre que se brinden servicios de atención de calidad y se atiendan oportunamente.

En años recientes, se ha renovado el interés por enfrentar el problema de la mortalidad materna en México mediante una política de largo aliento en el Sistema Nacional de Salud —que apunta a lograr para el 2030 la integración funcional del Sistema—, por un lado, y la instauración del Sistema de Protección a la Salud a través del Seguro Popular para mejorar el acceso equitativo de las mujeres a los servicios, por otro. Estas políticas públicas debieran dar frutos a corto plazo, es decir, una prestación del servicio más justa y elevar el nivel de acceso por medio de las usuarias a fin de que éste sea más universal y no fragmentado.

En el 2009 se puso en marcha el Convenio General de Colaboración Interinstitucional para la Atención de las Emergencias Obstétricas comprometiendo a las instituciones del SNS a atender en unidades médicas con capacidad resolutive a todas las mujeres en estado gestacional que presenten una emergencia obstétrica.

Este convenio propone un modelo que se basa en el supuesto de que para reducir la mortalidad materna no es suficiente que los servicios de salud funcionen eficientemente, ya que las mujeres enfrentan una serie de barreras importantes al acceso y al uso de dichos servicios. De esta forma, a partir de considerar tres preguntas clave, se identifican los elementos que propiciaron una demora crucial, pues cualquier factor que signifique un retraso para que la mujer reciba atención adecuada puede costarle la vida.

La incorporación de este modelo de las tres demoras en la atención materna es un elemento para fortalecer las acciones relacionadas con la meta de reducción de la muerte materna señalada en los compromisos del milenio. Estas demoras representan una serie sucesiva de eventos que se van agregando para que la atención a una embarazada que presenta una emergencia obstétrica no sea oportuna, situación que puede propiciar un desenlace fatal.

Tales demoras son:

**Primera demora:** Se refiere al retraso en la decisión de buscar atención por parte de la embarazada, y tiene como factor la propia tardanza en reconocer una complicación obstétrica en la cual influye la no percepción de una emergencia por parte de la embarazada, esposo, pareja o familiares; influye también la negación y la falta de información.

Los profesionales de salud que laboran en las diferentes instituciones de primer nivel hacen hincapié a las mujeres embarazadas para que recuerden o identifiquen los signos de alarma en su cuerpo, en cada consulta prenatal la enfermera debe adecuar la explicación a la paciente, pues en muchas ocasiones los profesionales de la salud dan las recomendaciones de cuidado utilizando un lenguaje técnico que la paciente no comprende y por temor o vergüenza asegura que comprendió lo dicho y al presentarse un signo o síntoma de alarma no lo saben identificar.

**Segunda demora:** Se refiere al retraso en la llegada al lugar de atención, es decir, la mujer sabe que está enferma, o percibe riesgo y quiere consultar a un médico, pero no puede por la dificultad en el acceso a los servicios o por el tiempo de traslado que implica llegar al lugar donde se proporciona la atención.

**Tercera demora:** Es el retraso en la obtención de atención una vez que la mujer ha llegado al servicio médico, es decir, la mujer consulta, pero no es atendida correctamente, recibe vigilancia deficiente o los trámites administrativos entorpecen la atención. Esta demora está relacionada sobre todo, con la calidad del servicio otorgado.

Cuando la persona no es derechohabiente de alguna institución (IMSS, ISSSTE) es difícil que reciba atención en alguna de estas instituciones, a pesar de los diferentes programas encaminados a la mejora de atención de dicha población, al llegar a las instituciones son rechazadas porque no es de su jurisdicción, porque no presenta datos de alarma, porque no cuenta con algún documento o

simplemente porque no hay personal, con estas acciones difícilmente se podrá avanzar a las metas trazadas para la erradicación de la muerte materna y perinatal.

De acuerdo con los informes sobre mortalidad materna realizada por la Organización Mundial de la Salud, UNICEF, UNFPA, y el Banco Mundial, Irlanda tiene el menor índice de mortalidad materna, de los 172 países sobre los que se dan estimaciones, Irlanda es el líder mundial en lo que respecta a la seguridad para las mujeres embarazadas. En el informe "mortalidad materna 2005", presenta el número de defunciones maternas notificadas, que en Irlanda es de 1 por 100.000 nacidos vivos. -lo que muestra una brecha enorme entre dicho país y México en donde en el 2010 se registraron 992 defunciones maternas, por primera vez se ha registrado una cifra menor a 1,000 defunciones y para lograr la Meta del Milenio se requiere reducir 6.4 puntos de Razón de muerte materna anual-, y es que, aunque en México los avances tecnológicos en materia de salud han mejorado, de nada sirve si la implementación correcta y eficaz de programas de salud se siguen dando de manera fragmentada, es decir, solo una parte de la población recibe el beneficio de los programas y la parte más vulnerable sigue siendo la más desprotegidas, siendo que es la implementación de mejores condiciones en el cuidado de la salud la causa real de reducción de mortalidad materna.

En 2011, la razón de mortalidad materna para las mujeres de 15 a 49 años es 50.3 defunciones por cada 100.000 nacidos vivos. Por causas, 24% se debieron a defunciones obstétricas indirectas, y 76% por complicaciones obstétricas directas, de las cuales, 32% se debieron a enfermedades hipertensivas del embarazo y 30.4% por hemorragia del embarazo, parto y puerperio, entre las más importantes. El INEGI ha tomado este rango de edades en las estadísticas, pues cada vez más surgen casos de embarazos en adolescentes y gran parte de ellas son de comunidades rurales.

### **Caso clínico: Indígena mixe rechaza atención médica por temor.**

Flor era una mujer de veintinueve años, indígena hablante de mixteco, originaria de un municipio y una entidad federativa con rezago social muy alto y afiliada al Seguro Popular. Desde que supo que estaba embarazada, acudió con la partera de la comunidad para que la «revisara y aconsejara».

Era su octavo embarazo y tenía siete niños. Su marido, Adrián, le dijo que era conveniente ir con el médico y que había una Caravana de Salud en una comunidad cercana. Acompañada por Adrián, Flor acudió a su primera valoración. Ninguno hablaba español, pero en la Caravana una enfermera ayudó a traducir la consulta. El médico le preguntó si sufría alguna molestia, a lo que ella respondió que únicamente presentaba cansancio por las largas caminatas que debía realizar a diario y, más aún, para acudir a la Caravana de Salud. El médico informó a Flor y a su esposo que contaba con veintitrés semanas de gestación y que era importante que ella se sometiera a algunos estudios de control prenatal, como los de sangre y un ultrasonido.

En su segunda consulta, llevó el resultado del ultrasonido, el cual evidenciaba placenta previa. El médico indicó a Flor y a su esposo la necesidad de acudir a un hospital para la valoración de un médico ginecólogo; explicó los datos de alarma obstétrica a la pareja. Flor se mostró muy renuente a ir al hospital, pues éste queda a varias horas de su comunidad y ella nunca había ido, por lo cual tenía miedo. El médico convenció a Adrián con el argumento de que en el vehículo de la Caravana él personalmente los acompañaría al Hospital de la Madre y el Niño Indígena Guerrerense para la valoración con el ginecólogo; esto, debido a que ya

le había manifestado, por lo menos en tres consultas, la necesidad de la valoración del especialista. Asimismo, la enfermera se ofreció a acompañarla a la valoración para fungir como traductora. Al final, lograron convencerlos.

El día de la valoración, el médico de la Caravana y la enfermera acompañaron a Flor y a su esposo. Durante la consulta, la enfermera hizo la traducción para que el ginecólogo y Flor lograran entenderse. Ella comentó que tenía un sangrado escaso por las mañanas después de moler la masa. Se le realizó un nuevo ultrasonido y el ginecólogo indicó que tenía un embarazo de 31.1 semanas y, dado que tenía una placenta previa total, existía un elevado riesgo de sangrado, por lo cual su vida y la del bebé corrían peligro. Asimismo, el médico indicó que lo mejor era programarla para una cesárea en cuanto el bebé llegara a término.

Flor y Adrián comentaron lo difícil y caro que era viajar del pueblo al hospital; ambos eran campesinos y no podían costear el viaje. Los médicos y la enfermera les sugirieron que se quedaran en la cabecera municipal para vigilar el embarazo y el traslado oportuno en caso de sangrado, pero ellos decidieron regresar al pueblo.

El ginecólogo asignó la fecha para la cesárea y el equipo médico les reiteró los datos de alarma e insistieron en el alto riesgo de sangrado y la necesidad de guardar reposo. Hicieron hincapié en la larga distancia entre la unidad de salud y el domicilio de la paciente, en caso de una emergencia médica.

Apenas cuatro semanas después, mientras aseaba su cuarto, Flor sufrió un repentino dolor. Horas más tarde, Adrián volvió a su casa a comer y la encontró muerta, junto a su cama y sobre un charco de sangre. Adrián llamó al médico de la Caravana, quien consignó en el certificado como causa principal de muerte choque hipovolémico secundario a hemorragia por placenta previa.

Este caso ilustra que el contexto sociocultural puede determinar si la mujer y su pareja acuden o no a los servicios de salud, para un control prenatal adecuado, la

paciente asistió tardíamente, en el segundo trimestre al control prenatal, puesto que llevaba su control con la partera.

Destaca que el sistema de salud está dispuesto, incluso en las zonas montañosas, a favorecer el acceso a los servicios de salud,-que normalmente se hace una o dos veces por año-, existió orientación y apoyo por parte del equipo médico desde el primero hasta el segundo nivel de atención, donde indicaron el elevado riesgo obstétrico y la necesidad de que la usuaria guardara reposo absoluto en un albergue cercano hasta la resolución del embarazo mediante cesárea. Pese a que se le brindaron dichas explicaciones a la usuaria, gracias a la traducción de la enfermera, ella consideró que la mejor decisión era volver a casa y muy probablemente haya tenido otra consulta con la partera.

Sus experiencias anteriores los llevaron a ella y a su pareja a considerar que este embarazo se resolvería como los otros siete, sin mayor problema. A pesar de que el equipo de salud intentó sensibilizarlos sobre la gravedad de su estado, sus esfuerzos no se vieron reflejados en la decisión sobre la forma de atención.

Estas situaciones se han asociado frecuentemente con los pueblos indígenas, dado su grado de vulnerabilidad, las diferentes cosmovisiones en salud, la barrera del idioma, la falta de recursos para el traslado y estar ubicados en poblados distantes de los servicios de salud resolutivos, es decir, condiciones de rezago social que determinan un limitado acceso a los servicios.

Este caso ilustra, en primer lugar, los diversos factores que determinan la muerte materna y, en segundo, que las condiciones de pobreza no permiten el acceso a los servicios, a pesar de la disposición del personal de salud y de un diagnóstico oportuno. El seguimiento estrecho, con búsqueda intencionada después de las treinta y cinco semanas de gestación, momento en el cual podía suspenderse el embarazo, posiblemente habría asegurado la supervivencia de esta mujer.

De lo anterior se desprende que debe convertirse en una prioridad el desarrollo de la interculturalidad como un modelo de atención que termine con la limitada comunicación, propicie la comprensión de usos y costumbres y hacer, de este

modo, más eficiente la atención de los servicios de salud e insertar en un rol de participación a los diversos grupos sociales y étnicos de nuestro país en la toma de decisiones en materia de salud. Parece que la vulnerabilidad y el estereotipo del indígena llevarán a su virtual invisibilidad, la cual impide generar la inclusión de un modelo de atención a la mujer embarazada indígena, adolescentes y adultas, que podría ser un instrumento clave para el desarrollo y empoderamiento interculturales. Las muertes maternas siguen ocurriendo en regiones indígenas porque los programas nacionales dirigidos a evitarlas no han sido adaptados a dicha población.

## **2.2. Aspectos históricos del control prenatal en México**

La atención del embarazo es un proceso socio histórico, por lo que se requiere conocer y actuar sobre la realidad del presente a partir de un análisis del pasado y de sus circunstancias sociales. Es un hecho indiscutible el aporte en la disminución de los índices de morbilidad y mortalidad que se generan a partir del otorgamiento de servicios institucionales de cuidado al embarazo. Para poder mejorar su accesibilidad, calidad, oportunidad y eficacia, se deben conocer y analizar aspectos relacionados con los servicios, que hasta ahora, han sido poco abordados desde la perspectiva histórica y la salud pública. Tal es el caso de los cambios surgidos en la atención del embarazo, tipo de prestador e institucionalización del servicio de atención a lo largo del tiempo.

Los primeros hechos en torno a la atención de la embarazada, se remontan a los inicios de la raza humana, su atención, ha variado a lo largo de la historia y frecuentemente se concibe en un entorno lleno de mitos y tabúes.

**Época prehispánica:** los aztecas creían que los nuevos seres eran formados en lo más alto de los trece cielos por la dualidad creadora, y de ahí venían a ocupar su sitio en el vientre de la madre. El niño era escondido en ella como un cofre y su desarrollo normal o patológico dependía primordialmente de la voluntad de los dioses.

La atención del ciclo materno infantil estaba a cargo de la Tlamatquicitl, y sus funciones se iniciaban desde el momento en que la mujer concebía y solicitaba su ayuda; efectuaba visitas periódicas a su domicilio y daba pláticas de enhorabuena a la embarazada, las cuales consistían en dar orientación prenatal a los cónyuges. Durante este tiempo la psicoterapia era muy bien planeada para la aceptación del embarazo y parto, cuatro días antes de dar a luz, era costumbre que la Tlamatquicitl se instalara en el hogar y permaneciera ahí durante cuarenta días, siendo sus funciones más importantes, la atención del parto, el baño de temazcal, pláticas a la recién parida, dar la buena nueva al padre y familiares de la pareja; cuatro días después del nacimiento ofrecía al recién nacido a los dioses; si era hombre al sol y a Chalchiútluc si era mujer, las madres ciaban a sus hijos con leche materna, aún las esposas de los Reyes, la lactancia duraba dos años y al destetar al niño se hacía un convite. Los habitantes del México antiguo en términos generales, concebían a la enfermedad como un fenómeno dual, dependiente del propio individuo y de las influencias metafísicas y físicas del medio en que habitaban.

Esta influencia metafísica se observaba también entre los nahuas. Los niños que morían se consideraban que eran amados de Dios, quien les daba por residencia la casa de "Tonacatecutli", y si el fallecimiento acaecía en los primeros meses de vida, cuando los infantes aún mamaban, iban a la primera mansión celestial, "Chichihaucauco", de cuyas frondosas ramas goteaba leche que les servía de alimento. También existía la creencia de que las mujeres que morían a consecuencia de su primer parto se transformaban en diosas, así lo describe Fray Bernardino de Sahagún en su obra "Historia general de las cosas de Nueva España".

Se observa que aunque la atención a la mujer embarazada ha cambiado a lo largo de la historia, se tiene claro que en los tiempos de los aztecas existía un empoderamiento hacia la partera, quien con un conocimiento empírico realizaba el control prenatal de aquellas mujeres embarazadas, a las cuales se les estimaba y

se les daba un valor elevado por llevar en su vientre un nuevo ser, el cual serviría para la batalla o para los menesteres del hogar.

Hoy en día, este valor hacia la mujer ha cambiado, al ver a una señora con más de dos hijos es causa de críticas y de burlas; cuando una mujer azteca moría al dar a luz a su primer hijo se creía que se convertiría en una diosa, hoy cuando una mujer embarazada muere sabemos con certeza que se convertirá en parte de las estadísticas, pues es verdad que hoy en día hay avances tecnológicos pero también es verdad que las personas se han deshumanizado.

**Época colonial (1524-1805)** En esta época, los ricos aztecas en la atención materno infantil , continuaron en forma clandestina debido a la persecución de que fue objeto la Tlamatquicit por su representación religiosa, creándose así la partera empírica que ejercía principalmente en los barrios de las clases más necesitadas. Hecho que de alguna manera está presente hasta nuestros días.

Cuando se produjo el establecimiento de “Ciencias Médicas”, en 1887, como se denominaba a la Facultad de Medicina en la ciudad de México, el Dr. Isidro Espinosa de los Reyes fue uno de los que más trabajó en beneficio del embarazo y el niño. Escribió los “Apuntes Sobre Puericultura intrauterina”, el cual incluía desde antes de la procreación, la gestación, hasta después del nacimiento, estableció una relación de causa y efecto entre las medidas higiénicas y de sanidad con el recién nacido. Aquí planteaba la necesidad de establecer una red que brindara atención preventiva en las etapas prenatal y postnatal.

En 1924 presentó a la Academia Nacional de Medicina el tema “La mortalidad de la primera infancia en México; sus causas y sus remedios. Animado por los resultados de su trabajo presentó la propuesta de creación del Servicio de Higiene Infantil, la cual fue aceptada en 1929. Él es el primer mexicano que incorpora el término prenatal o antenatal descrito por el francés Ballantyne en los programas de higiene pública.

Por el año de 1925 los doctores Rafael Reygadas y Atanasio Garza Ríos empezaron a realizar los partos en los hospitales más que en los domicilios, y se empezó a consultar más literatura norteamericana que francesa, que era la que había predominado hasta entonces. Posteriormente continuó la atención incorporando más acciones a realizar durante el embarazo, principalmente relacionados con la detección de riesgos, y con el número de visitas de la embarazada al consultorio del médico.

### **2.3. De la primera consulta del control prenatal**

Se entiende por control prenatal, a la serie de entrevistas o visitas programadas de la embarazada con los integrantes del equipo de salud, con el objetivo de vigilar la evolución del embarazo y obtener una adecuada preparación para el parto y la crianza. La atención prenatal inicialmente fue proporcionada por parteras y enfermeras, pero el médico fue tomando el control en el transcurso del tiempo.

La atención prenatal pasó de la partera que atendía a la embarazada en su hogar, al consultorio del médico y el parto se cambió a nivel hospitalario y se pasó de tener una visión del embarazo como una etapa normal y vinculada íntegramente al proceso de la vida, a la de ver el embarazo como un proceso médico prioritariamente de orden biológico.

Es claro que los beneficios de la atención prenatal se han obtenido a través de varios cambios en la atención médica que históricamente se han realizado, así el avance científico ha contribuido a la disminución de la mortalidad fetal, sin embargo debe de evaluarse adecuadamente su manera de concebirla y normarla, sus formas y procedimientos de implementación, tomando en cuenta la situación desigual de las necesidades en México y el acceso inequitativo a los servicios de salud.

La atención prenatal implica un conjunto de acciones y procedimientos sistemáticos y periódicos, destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que pueden condicionar la morbilidad y mortalidad materna; por tanto, esta debe ser eficaz y eficiente; ello implica que el personal de salud valore la importancia de su labor en la atención prenatal, pues requiere la identificación de complicaciones como diabetes gestacional, preeclampsia, eclampsia, anemia, entre otras; asimismo, el establecimiento de medidas preventivas oportunas significaría un menor costo en su atención y un mayor beneficio para la embarazada y el ser en gestación.

La Organización Mundial de la Salud ha recomendado que se realicen al menos cuatro visitas de atención prenatal para asegurar el bienestar de las madres y de los recién nacidos. Durante esas visitas, las mujeres deberán recibir cierta atención básica y se deberán buscar signos que adviertan de posibles complicaciones a lo largo del embarazo.

Por diferentes circunstancias la mayoría de las adolescentes inician su atención prenatal en el segundo trimestre del embarazo, con un promedio de 17,9 semanas de gestación, lo que reduce las posibilidades de cumplir con las acciones mínimas señaladas en la NOM 007.

#### **Un control prenatal eficiente debe cumplir con cuatro requisitos básicos:**

**Precoz:** La primera visita debe efectuarse tempranamente, en lo posible durante el primer trimestre de la gestación. Esto permite la ejecución oportuna de las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud que constituyen la razón fundamental del control. Además, torna factible la identificación temprana de los embarazos de alto riesgo, aumentando por lo tanto la posibilidad de planificar eficazmente el manejo de cada caso en cuanto a las características de la atención obstétrica que debe recibir.

**Periódico:** La frecuencia de los controles prenatales varía según el grado de riesgo que presenta la embarazada. Para la población de bajo riesgo se requieren 5 controles.

### **Completo**

Los contenidos mínimos del control deberán garantizar el cumplimiento efectivo de las acciones de promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la salud.

### **Amplia cobertura**

En la medida que el porcentaje de la población controlada es más alto (lo ideal es que abarque a todas las embarazadas) mayor será el impacto positivo sobre la morbilidad y mortalidad materna y perinatal.

### **El Control Prenatal tiene los siguientes objetivos:**

- Brindar contenidos educativos para la salud de la madre, la familia y la crianza.
- Prevenir, diagnosticar y tratar las complicaciones del embarazo.
- Vigilar el crecimiento y vitalidad del feto.
- Detectar y tratar enfermedades maternas clínicas y subclínicas.
- Aliviar molestias y síntomas menores asociados al embarazo.
- Preparar a la embarazada física y psíquicamente para el nacimiento.

En general, para realizar un control prenatal efectivo no se precisan instalaciones costosas, aparatos complicados, ni un laboratorio sofisticado; pero sí requiere el uso sistemático de una Historia Clínica que recoja y documente la información pertinente y el empleo razonable de tecnologías sensibles que anuncien tempranamente la existencia de un riesgo mayor al esperado.

El control prenatal adecuado en cantidad, calidad, contenidos, oportunidad y diferenciado acorde al riesgo, contribuye positivamente a la salud familiar y es un claro ejemplo de medicina preventiva.

La Norma Oficial Mexicana 007, para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido, establece las actividades que se deben realizar durante el control prenatal:

- Identificación de signos y síntomas de alarma (cefalea, edemas, sangrados, signos de infección de vías urinarias y vaginales).
- Medición y registro de peso y talla, así como interpretación y valoración. Una de las causas de mayor preocupación en las gestantes adolescentes es su estado de nutrición, como se sabe los requerimientos nutricionales están directamente proporcional al gasto energético considerando que todavía se encuentra en proceso de crecimiento y desarrollo, lo cual se incrementa aún más en el periodo de gestación. Una de las finalidades de la atención prenatal es asegurar el crecimiento y desarrollo adecuado del feto, asimismo asegurar la administración de hierro y ácido fólico durante el embarazo.
- Medición y registro de presión arterial, así como interpretación y valoración.
- Valoración del riesgo obstétrico.
- Valoración del crecimiento uterino y estado de salud del feto.
- Determinación de biometría hemática completa, glucemia y VDRL (en la primera consulta; en las subsecuentes dependiendo del riesgo). Determinación del grupo sanguíneo ABO y Rho, (en embarazadas con Rh negativo y se sospeche riesgo, determinar Rho antígeno D y su variante débil D<sub>μ</sub>).
- Examen general de orina desde el primer control, así como preferentemente en las semanas 24, 28, 32 y 36.

- Detección del virus de la inmunodeficiencia adquirida humana VIH en mujeres de alto riesgo, bajo conocimiento y consentimiento de la mujer y referir los casos positivos a centros especializados, respetando el derecho a la privacidad y a la confidencialidad.
- Prescripción de medicamentos (sólo con indicación médica: se recomienda no prescribir en las primeras 14 semanas del embarazo).
- Aplicación de al menos dos dosis de toxoide tetánico rutinariamente.
- La primera durante el primer contacto de la paciente con los servicios médicos y la segunda a las cuatro u ocho semanas posteriores, aplicándose una reactivación en cada uno de los embarazos subsecuentes o cada cinco años, en particular en áreas rurales.
- Orientación nutricional tomando en cuenta las condiciones sociales, económicas y sociales de la embarazada.
- Promoción para que la mujer acuda a consulta con su pareja o algún familiar, para integrar a la familia al control de la embarazada.
- Promoción de la lactancia materna exclusiva.
- Promoción y orientación sobre planificación familiar.
- Medidas de autocuidado de la salud.
- Establecimiento del diagnóstico integral.

La unidad de salud debe promover que la embarazada de bajo riesgo reciba como mínimo cinco consultas prenatales, iniciando preferentemente

en las primeras 12 semanas de gestación y atendiendo al siguiente calendario:

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

La unidad de atención debe proporcionar a la mujer embarazada un carnet perinatal que contenga los siguientes datos: identificación, antecedentes personales patológicos, evolución del embarazo en cada consulta, resultados de exámenes de laboratorio, estado nutricional, evolución y resultado del parto, condiciones del niño al nacimiento, evolución de la primera semana del puerperio, factores de riesgo y mensajes que destaquen la importancia de la lactancia materna exclusiva, planificación familiar y signos de alarma durante el embarazo. Se utilizará éste, como documento de referencia y contrarreferencia institucional.

#### **2.4 Del seguimiento y periodicidad de los controles**

Los subsecuentes contactos están dirigidos a controlar los cambios fisiológicos que el proceso reproductivo imprime en la madre y a verificar que el crecimiento y desarrollo del nuevo ser se efectúe dentro de los parámetros esperados para su etapa intrauterina. Se tratan de detectar complicaciones importantes como la preeclampsia, las alteraciones del crecimiento Intrauterino y las presentaciones fetales anómalas que suelen ser poco o nada sintomáticas. Intervenciones oportunas pueden prevenir consecuencias desfavorables para el binomio.

Las últimas consultas tienden a evaluar los riesgos del parto propiamente dicho, considerando la adecuación fetal con la pelvis materna. La evolución del embarazo y la historia de los eventos reproductivos anteriores. En cada oportunidad, se evalúan riesgos y se emplea tiempo para administrar contenidos

educativos que promuevan mayor confianza y preparación psicológica y física materna y se le debe explicar sobre signos y síntomas de alarma, y como identificarlos y acudir inmediatamente a su unidad de salud.

Se debe favorecer el uso del periodo prenatal y de los contactos de la gestante con el equipo de salud para consolidar la relación con la familia y aprovechar esta oportunidad única para emplearla en educación para la salud, sobre todo para madres adolescentes quienes viven desorientadas acerca de los cuidados que debe llevar durante y después del embarazo; así como los cuidados que se deben tener para el recién nacido, muchos de los contenidos y mensajes administrados a la gestante durante el control del embarazo son válidos también para todo el núcleo familiar, sobre todo a los padres de la adolescente, quienes jugarán un papel importante en la vida de la adolescente embarazada, pues son quienes criarán al nuevo miembro de la familia y al mismo tiempo a la hija.

## Capítulo 3

### **Factores que influyen en la inasistencia al control prenatal en adolescentes embarazadas**

El entorno determina la conducta de las gestantes adolescentes frente a su salud y embarazo; la situación de riesgo está representado por factores como el nivel educativo, económico, sistema de salud, psicosociales y culturales que son inherentes en la vida del ser humano, uno de estos factores contribuyen de alguna manera a que la adolescente embarazada reciba un control prenatal oportuno; en el momento de la atención médica podría reflejarse la madurez materna para comenzar a enfrentar de manera sana el embarazo desde un tiempo muy temprano, siendo deseable que la mujer sea vista para su Atención Prenatal antes de las 12 semanas (I Trimestre), ésta es una variable que reflejaría de manera indirecta la aceptación del embarazo tanto por parte de la adolescente como de sus familiares.

De igual manera se ha demostrado que las complicaciones asociadas con la gestación en madre adolescente están más ligadas a la falta de apoyo familiar y de pareja, factores psicosociales, económicos y a la falta de atención médica en el momento preciso por atención médica profesional fuera de tiempo o irresponsabilidades de otro tipo, que a factores de índole biológico.

#### **3.1. Factores Psicosociales**

Además de todo el contexto social en el que se encuentra la adolescente cabe resaltar la importancia de sus cambios psicológicos por los cuales a su vez también atraviesa, propios de la etapa. La adolescente al ser dependiente de su familia tanto afectiva como económicamente y el embarazo al presentarse como un evento no programado, podría determinar en la adolescente una actitud de rechazo y ocultamiento de su condición, lo que se ha demostrado que lleva a una atención prenatal tardía o insuficiente.

La salud mental de la paciente y su entorno psicosocial probablemente sea más importante que la vigilancia biomédica de la gestante durante el embarazo para el pronóstico perinatal e infantil. Al mismo tiempo los sentimientos de vergüenza, temor e ignorancia hacen que la atención prenatal sea tardía e irregular, lo que se relaciona directamente con resultados adversos desde el punto de vista de la atención obstétrica y neonatal.

Numerosos autores asocian la Atención Prenatal tardía con ocultamiento por temor a la acción familiar. En estas madres jóvenes se puede comprobar su inmadurez para asumir el embarazo, pues psíquicamente no están preparadas, asimismo manifiestan falta de confianza en su familia y poca información sobre lo que realmente significa un embarazo en esta edad de la vida, en la cual el organismo no está preparado para asumirlo.

En cuanto al embarazo no deseado, estudios concluyen que el riesgo de presentar un parto domiciliario es tres veces mayor que en las mujeres cuyo embarazo fue deseado y aceptado, al parecer esto se explica por la necesidad de algunas mujeres de tratar de mantener oculto el embarazo ya sea porque fue producto de alguna relación considerada "indebida" o porque se dió en el momento inadecuado, esto es muy frecuente en las adolescentes embarazadas dado que el embarazo no fue planificado, más aún si es producto de una relación con una pareja esporádica, con la consiguiente interrupción brusca de sus planes de vida y los serios problemas que se originan en el entorno familiar.

La adolescente al momento de decidir continuar con su embarazo, puede tener la necesidad de desafiar y enfrentar el rechazo de la familia, seguido en ocasiones extremas de la expulsión del hogar; debe soportar la agresión psicológica de la familia y la sociedad, siendo rechazada y discriminada, eventos que serán generalmente extendidos al hijo; El hijo es recibido por la adolescente y/o la familia de ésta como un inoportuno, estará expuesto a la agresión física y psíquica, al abandono, al rechazo, aunque a veces se presenta una aceptación tardía .

La familia desde la perspectiva psicosocial es vista como uno de los microambientes en donde permanece el adolescente y que por lo tanto es responsable de lograr que su funcionamiento favorezca un estilo de vida saludable, este estilo de vida debe promover el bienestar y el desarrollo de los miembros de la familia. La homeostasis familiar que se establece entre los miembros facilita una relación emocional y física, promueve el desarrollo individual y familiar para mantener el equilibrio. Al mismo tiempo se entiende por familia disfuncional (tensión y conflicto familiar), familia en crisis, maltrato o violencia, pérdida de un familiar, madre con embarazo en la adolescencia, hermana adolescente embarazada, padre ausente, etc.; todo ello influye en el bienestar y el desarrollo de los miembros de la familia.

Algunos autores mencionan que el maltrato físico a la gestante fue motivo para no asistir a la Atención Prenatal; indicando que la atención prenatal tardía y la ausencia de esta atención podrían deberse a la oposición de las personas agresoras (pareja, familiares, entre otras) y a los temores que podría sentir la mujer a que en la exploración médica se descubrieran huellas de abuso físico o sexual. Así también otros estudios concluyen que la falta de comunicación y el bajo nivel de confianza con los padres, así como reacciones negativas ante la noticia del embarazo estuvieron fuertemente relacionados con el aborto provocado en adolescentes.

Del mismo modo la gestante adolescente de una familia tipo disfuncional presenta falta de apoyo familiar, esto trae consigo la privación material, el aumento de los eventos negativos en la vida, la falta de afecto, el escaso nivel de educación y la falta de acceso a la información. Por todo ello el apoyo familiar es muy importante durante el embarazo adolescente ya que favorece y permite un adecuado cuidado prenatal y buen pronóstico para el futuro de la gestante adolescente.

Las políticas y acciones de intervención de las instituciones de salud suelen estar dirigidas hacia la madre, aportando de esta forma a la construcción de la

invisibilidad del varón. La participación de los adolescentes en la toma de decisiones para la atención prenatal está condicionada por las representaciones que tengan acerca de la paternidad. Así el ingreso espontáneo del varón acompañando a su pareja a la Atención Prenatal ya nos da un indicio acerca de su posición respecto de la atención y cuidado del embarazo.

Asimismo se establece la relación entre el estado conyugal con la predisposición al acceso y búsqueda de atención por parte de la gestante pues verá en su pareja el apoyo para esa nueva etapa, se entiende entonces que el estado civil en las gestantes adolescentes es muy importante, pues una relación de pareja estable favorece el apoyo tanto afectivo como económico a la futura madre.

Algunos estudios refieren que el estado civil de soltera está más relacionado a la atención intermedia o tardía, esto es significativamente superior en las gestantes adolescentes menores de 18 años que a su vez muestran otros factores desfavorables para una evolución perinatal adecuada . Igualmente se ha asociado a la Atención Prenatal tipo tardío con una relación débil de pareja.

### **3.2. Factores Culturales**

Existen dos aspectos fundamentales en el embarazo de las adolescentes que viven en comunidades rurales, por una parte el embarazo a temprana edad está plenamente ligado con la maternidad, es una cuestión cultural que en el medio rural la mujer a través de ser madre, se afirma como "mujer", desde pequeña sus progenitores le enseñan más con hechos que con palabras que su rol principal en la vida es ser madre, con lo que el matrimonio y la maternidad se convierte en un proyecto de vida; este hecho la hace pertenecer al mundo de los adultos y jugar un papel fundamental de carácter social. En la mayoría de los casos este momento llega antes de concluir la tercera etapa de la educación básica, o inmediatamente después de haberla terminado, de la misma forma que como les ocurrió a sus padres, y es visto de manera natural, pues significa simplemente

seguir el ciclo de vida. Incluso existen comunidades en las que si la mujer llega a los 20 años de edad y no es madre, es mal vista por la comunidad.

En segundo aspecto, el embarazo de mujeres adolescentes está íntimamente ligado con la situación de pobreza toda vez que la baja escolaridad y la falta de oportunidades en muchas ocasiones llevan a la joven a pensar que la única oportunidad de hacerse de recursos y cambiar su condición de vida es el matrimonio o la unión libre. Incluso existen comunidades en donde las hijas son presionadas en su entorno familiar para casarse a temprana edad y ya no tener que mantenerlas, situación que no favorece a la joven adolescente, pues la llevan a iniciar su propio camino a la pobreza.

En el caso de las madres adolescentes solteras la situación de pobreza se torna aún más crítica, se suman a ello aspectos como el desprestigio social en la comunidad, y el repudio de la propia familia por no haberse casado o unido a la pareja y con ello dar paso a la maternidad.

Las adolescentes embarazadas en comunidades rurales adoptaran las mismas costumbres o ideas acerca del cuidado en el embarazo que siguieron sus madres, probablemente los cuidados del embarazo los llevará la propia madre de la adolescente o la partera de la comunidad, sin el mayor conocimiento que la propia experiencia a través de los años.

Los hombre de estas comunidades tienen una idea errada acerca de la revisión médica o ginecológica, pues no están dispuestos a que otro hombre explore a sus mujeres, y de esta manera se ven impedidas a llevar un control prenatal adecuado, aunque ellas deseen acudir al médico muchas veces se ven cohibidas por las ideas de su pareja, de la familia o de la misma comunidad.

Un estudio cualitativo realizado en el estado de Chiapas en el año 2011, relata las barreras culturales a las que está expuesta la mujer embarazada, entre ellas

adolescentes, que dependen de las decisiones de su pareja o de sus padres, éstas son:

**“Las parteras son indígenas como nosotros”.** En la región Altos Tsotsil-Tseltal, durante las entrevistas realizadas a varones, éstos expresaron sentirse discriminados porque son indígenas. Ellos dijeron sentirse en mayor confianza con las parteras, lo mismo que las mujeres embarazadas porque *“las parteras son indígenas como nosotros”*. La barrera de la lengua, el conocimiento y respeto a sus costumbres, la calidez del trato y el que las mujeres sean atendidas de manera inmediata y exclusiva, a diferencia de lo que ocurre en los hospitales en los que tienen que esperar, son factores señalados para preferir la *“atención prenatal”* y del parto por partera en el hogar.

**“No sabe tener hijos”.** En la mayoría de los municipios de la región Altos Tsotsil-Tseltal, la embarazada durante el parto en el hogar, tiene que *“aguantar”* hasta el último momento como lo hicieron su madre o su suegra, información que le es proporcionada a la embarazada durante el embarazo y en el proceso de parto, hasta que la partera o el esposo soliciten su traslado al hospital. Si desde el inicio acuden a la unidad médica *“se burlan de ellas”* porque *“no pudo”*; causando una presión social como *“no sabe tener hijos”*, sobre todo en madres primerizas adolescentes. Cuando una mujer decide atender su parto en la unidad médica sin ser una urgencia obstétrica, se marcha antes del amanecer para que no la vean (reporte del personal médico de Santiago El Pinar). Lo mismo ocurre si los esposos deciden ellos solos trasladar a la esposa para que reciba atención médica en el hospital.

Las barreras asociadas a la religión se registraron de manera aislada en ciertos municipios, a decir de los médicos entrevistados, en algunos casos los familiares y la mujer embarazada tienen que pedir permiso a los pastores o líderes religiosos para poder atenderse en una clínica u hospital y generalmente no lo aceptan porque acostumbran rezar antes del parto y esto generalmente no es permitido en

los hospitales (excepto en el Hospital Rural de Larráinzar en el que los médicos se han abierto a esta posibilidad para evitar las altas voluntarias en pacientes de alto riesgo). Otros rituales durante el parto y el puerperio inmediato son los rezos para el niño o niña, así como el hecho de que a los recién nacidos varones les pasan tres mazorcas en la mano para que tenga su milpa cuando sea grande, lo mismo que un hacha, un machete y un cuaderno y un lápiz. A las niñas se les da su cuaderno y su lápiz y otros instrumentos para el bordado y tejido del telar. Son parte de las razones por la que dijeron que prefieren atenderse con parteras.

### **3.3. Factor sistema de salud**

En algunas instituciones de salud se otorgan cierto número de fichas por día, lo que implica largas horas de espera para poder obtener turno y en muchas ocasiones no se obtiene porque la demanda supera la oferta y cuando se logra obtener una cita, los horarios son inflexibles, así como el personal de salud que se encarga de organizar los carnets, pues si la paciente llega tarde a la hora citada es rechazada o bien es dejada al final de las consultas, dejando ver un trato mecánico e insensible hacia ellas, sin comprender las situaciones de transporte, de cercanía, o de la misma condición física en que se encuentra la paciente; en el peor de los casos, las embarazadas deben regresar otro día perdiendo así la oportunidad de iniciar su control prenatal en el primer trimestre.

En la atención prenatal, la demanda de las jóvenes embarazadas primerizas se centra en conocer el proceso de su embarazo y afectividad en este período. Pero, no encuentra respuesta de parte del personal de salud, en la medida en que excluye la posibilidad de asumir una actitud pedagógica que aporte al conocimiento y crecimiento personal de la joven embarazada, desde que se asume que por lo general, ellas tienen un bajo nivel cultural, otorgándoles con esto un papel receptivo, poco espacio para aclarar sus dudas, necesidades y preocupaciones; subestimando su capacidad de entendimiento en los procesos de su gestación durante la adolescencia.

Se sabe que durante la atención prenatal el personal de salud, enfatiza más en el control del cuerpo de las jóvenes embarazadas, destacando los aspectos biomédicos, en la medida en que dan prioridad a lo que se tiene que expresar y registrar el diagnóstico clínico, que poner en práctica habilidades mínimas para escuchar o dialogar con las jóvenes embarazadas, expresando con ello indiferencia y distancia.

La dificultad a nivel Institucional, afecta a la gestante en la medida de no saber a dónde ir por falta de información, que la ubicación de la institución prestadora sea lejana y que la calidad del servicio no sea óptima, siendo entonces insuficiente la posibilidad de buscar atención materna, influyendo así en el desarrollo de estrategias de cuidado prenatal; especificando que ésta dificultad se incrementa en mayor porcentaje hasta el final de la gestación, el sistema de salud debe mostrar mejoras en su acceso al servicio obstétrico, con estrategias que así lo aseguren y se vean reflejadas en los resultados de la atención materna, desde primer trimestre de gestación, mostrando la necesidad de crear una solución política y efectiva para reducir las posibles complicaciones tanto de la madre como de su hijo.

Un estudio cualitativo realizado en un Hospital Nacional de Lima, Perú en el año 2010<sup>1</sup> reveló que La interacción entre el personal de salud y las jóvenes embarazadas varía según el sexo del personal de salud y tiene significados diferentes para las gestantes, por lo que debe tenerse en cuenta esta información para mejorar la atención en el control prenatal de las adolescentes:

Las jóvenes embarazadas indicaban que cuando mostraban su cuerpo a los ginecoobstetras por primera vez, sentían vergüenza de ello, pero toleraban esta situación por el bien de su bebé.

*...Cuando tuve que mostrar mi cuerpo al doctor por primera vez, me sentí avergonzada e incómoda, porque estoy descubriendo mi cuerpo y mostrándolo a una persona que no conozco...pensaba en lo que me decía mi mamá, que era el trabajo del doctor, que no me iba a ver con ojos de hombre, sino como doctor. (Carmen; 17 años).*

En cambio, las jóvenes embarazadas manifestaban que cuando eran atendidas la primera vez, por el personal de salud femenino no sentían tanta vergüenza.

*A pesar de que me atendía una médica, sentía un poco de vergüenza, porque su cuerpo es casi igual al mío, no siento que me está viendo con otros ojos (Leticia; 16 años).*

Asimismo, las jóvenes embarazadas destacaban que durante el trato en la consulta prenatal, el personal de salud no les daba explicaciones claras sobre los términos que utilizaba para hacer el diagnóstico de su embarazo. Sin embargo, cabe señalar que cuando estos no se brindan, las jóvenes observan que obedece a la ausencia de explicaciones del personal de salud frente a sus necesidades de información; por eso, siguen los consejos de sus familiares, independientemente de lo dicho por el médico.

En ese sentido, las jóvenes embarazadas deseaban recibir una mejor atención de parte del personal de salud, que las ayudase a conocer el proceso de crecimiento del bebé en sus vientres

*...A mí me gustaría que me recomienden y orienten sobre algunas cosas más...que me mostraran cómo va creciendo un bebé dentro de mí cuerpo (Carmen;16 años).*

La adecuación del sistema de salud a las necesidades de los adolescentes requiere cambios organizacionales y administrativos, como por ejemplo disponer de horarios flexibles de atención y separar la atención individual de la familiar.

También se requiere desarrollar enfatizar valores éticos y morales del equipo de salud para asegurar la confidencialidad, respeto y trato digno, evitando el estigma, promoviendo confianza interpersonal y desarrollando un vínculo estable

### **3.4. Factor educativo**

Es evidente la relación que hay entre el nivel educativo y la asistencia y apego a los cuidados prenatales, relacionando al nivel de escolaridad de la gestante como determinante para el grado de importancia que ella misma le da a la asistencia al control prenatal, tal como informa Isabel Valadez 2013 y otras autoras del estudio Atención prenatal: conocimientos y cuidados alternativos en Jalisco, la escolaridad de la pareja y de la gestante, se convierte en un limitante para tener la posibilidad de adherirse al control prenatal y detectar los factores de riesgo que complican el proceso gestacional; dado que cuando la pareja se encuentra en un nivel educativo profesional, tiene elementos suficientes que desarrolla en ellos la necesidad de buscar, asistir continuamente a los controles prenatales.

La escolaridad insuficiente reduce las probabilidades de que las mujeres y sus familias utilicen y se apoyen en los servicios de salud basados en evidencia científica. Además las mujeres analfabetas a menudo no conocen sus derechos humanos y legales básicos y las opciones que les ofrecen.

En un estudio realizado en Perú, llamado “Factores que influyen en la atención prenatal en adolescentes que acuden a la consulta del subcentro de salud zapotal - Santa Elena 2012-2013” se observó que las adolescentes tienen un bajo conocimiento sobre la importancia del control prenatal de las cuales el 60% indicó no saber la importancia de un control oportuno y los riesgos que ocasionan al no llevar un control prenatal oportuno y esto se debe a que el 77% de las gestantes

refirió no haber recibido suficientes charlas educativas dentro de la institución o no han sido correctamente capacitadas sobre este tema de mucha importancia.

Lo anterior sugiere que se requiere realizar un plan de charlas educativas a estas adolescentes embarazadas ya que el desconocimiento sobre lo que es un control prenatal y su importancia es uno de los principales factores que pueden influir para que ellas no acudan a realizarse las consultas oportunamente ya no consideran de importancia este tema por el desconocimiento.

Para que la paciente pueda aplicar medidas preventivas es fundamental que la enfermera eduque a la paciente ya que Orem define el autocuidado como una actividad del individuo aprendida por éste y orientada hacia un objetivo. Es una conducta que aparece en situaciones concretas de la vida, y que el individuo dirige hacia sí mismo o hacia el entorno para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y actividades en beneficio de la vida, la salud y el bienestar.

### **3.5. Factor socioeconómico**

Actualmente estamos viviendo una década de pesada carga económica, la consecuencia de esta situación tiene su expresión en tasas negativa en salud reproductiva. En casi todos los estudios sobre el tema, se considera que la situación socioeconómica juega un papel fundamental en el acceso a la Atención Prenatal.

En aquellas adolescentes gestantes que trabajan, la dificultad de obtener permisos se asocia más en la probabilidad de abandono al control prenatal, ya que el cruce de horario entre la atención prenatal y el horario de trabajo puede ser un factor para inicio tardío del mismo; los gastos en exámenes no cubiertos en el establecimiento de salud, es decir pagos por ecografías, análisis de laboratorio, suplementos vitamínicos, entre otros, obligan a la madre a buscar alguna fuente de ingreso para cubrir los gastos que implica llevar a cabo este tipo de estudios,

más aun si la adolescente no cuenta con el apoyo de su pareja o familiares directos.

El factor económico no solo es un impedimento para que la adolescente lleve a cabo un buen control prenatal en tiempo y forma, sino que también afecta de manera directa en cuanto a su alimentación, se ha probado que la situación socioeconómica desfavorable dentro del entorno de la adolescente embarazada conduce a la desnutrición y la anemia, un desarrollo insuficiente y viviendas inadecuadas, donde a menudo hay hacinamiento, promiscuidad y a veces incesto; muchas repiten el patrón de sus madres solteras que también dieron a luz siendo adolescentes.

La pobreza limita el acceso a los alimentos, a una dieta nutritiva y balanceada, que propaga en el hogar la experiencia de la inseguridad alimentaria, y cuando marca la vivencia de la gestación genera en las futuras madres preocupación y sentimientos de intenso dolor, vivencia compartida por los miembros del hogar de la gestante.

Un estudio cualitativo etnográfico, realizado en Medellín, Colombia, en el año 2013, llamado “La gestación en medio de la inseguridad alimentaria: Percepciones de un grupo de adolescentes embarazadas” reveló que algunas adolescentes, refirieron su preocupación por la nutrición del hijo por nacer, ya que el hambre percibida físicamente por ellas es transmitida a quien aún está en el vientre materno, situación que describieron con angustia:

*“Uno trata de dormir, pero las tripas por allá revolcándose no lo dejan y más que uno siente cuando el bebé se mueve como pidiéndole comida y uno sólo puede tomar agua para que el bebé se calme”*

De las 17 participantes en el estudio, cinco tenían entre 14 y 16 años y 12 entre 17 y 19 años. La mayoría vivían en el área urbana y pertenecían a los estratos

socioeconómicos 1 y 2, tres de las gestantes manifestaron estar en situación de desplazamiento. Con respecto a la vivienda, diez vivían en casas arrendadas y el promedio de habitantes en el hogar fue de 4 a 6 personas.

Diariamente se realizan cientos de atenciones prenatales en todos los sectores de salud y los niveles de atención, sin embargo, existen gestantes que acuden una o dos veces y no vuelven sino es por alguna emergencia o para atención de parto y una de las causas es por la cuestión económica, al tener este comportamiento, se pierde valioso tiempo para poder cumplir con los objetivos del control y sobre todo se pierde esa herramienta de prevención y promoción de la salud. La participación activa de la gestante en su cuidado, permitirá reconocer tanto su validez social como el intercambio de saberes, en búsqueda de un seguimiento efectivo y de calidad frente a la evolución de la gestación.

## Capítulo 4

### **Repercusiones maternoperinatales en la adolescente embarazada que no asisten al control prenatal**

En la etapa de la adolescencia, los jóvenes a menudo originan situaciones de riesgo que pueden dejar secuelas para el resto de su vida, una de estas situaciones es el inicio cada vez más precoz de su vida sexual activa, que es con frecuencia resultado de la liberación sexual en muchos países del mundo, esta liberación expone a las jóvenes a la posibilidad de un embarazo, que con frecuencia no es buscado, ni esperado pero desafortunadamente, las mujeres son fértiles varios años antes de la edad considerada socialmente como la más apropiada para el embarazo y parto, y si este llega a ocurrir, trae consigo el riesgo de morbilidad para el binomio, y más aún cuando el embarazo se produce en cercanías de la menarca, ya que después de 5 años de edad ginecológica, la joven alcanza su madurez reproductiva; por esta razón los embarazos que se inician en los primeros 5 años de posmenarquía adquieren especial prioridad por los mayores riesgos maternos y perinatales que conllevan.

El control prenatal oportuno y adecuado busca identificar factores de riesgo en la gestante y detectar enfermedades que puedan afectar el transcurso normal del embarazo y la salud del recién nacido con el propósito de adelantar acciones preventivas y terapéuticas que beneficien la salud materna y perinatal.

#### **4.1. Repercusiones maternas**

Patologías más frecuentes que surgen en el embarazo y que pueden llegar a exacerbarse si no existe un control prenatal desde el primer trimestre del embarazo, sobre todo en edades extremas como es la adolescencia.

## **Desnutrición**

El embarazo en la adolescencia conlleva riesgos de tipo nutricional porque el crecimiento materno impone necesidades que asuman a las del embarazo, en la adolescencia se tiende a realizar dietas restrictivas con ayunos prolongados para no aumentar de peso y esconder el embarazo, lo que agravaría los estados de hipoglucemia, característicos de la primera mitad del embarazo. La carencia de nutrientes puede retrasar su crecimiento y disminuir su estatura final, además, se crea una competencia entre la madre y el feto por los nutrientes.

La gestación en la adolescente es una situación de riesgo nutricional, ya que el incremento longitudinal no suele finalizar hasta cuatro años después de la menarquia. Además supone una sobrecarga al añadir, a los propios requerimientos para su crecimiento las necesidades energéticas y de nutrientes esenciales para el crecimiento fetal, para la formación de nuevas estructuras maternas y los depósitos energéticos que aseguren las demandas a presentarse tanto en el parto como en la lactancia.

En esta etapa, los requerimientos de nutrientes son mayores que los de las gestantes adultas, en especial, los de energía, proteína y calcio. El estado nutricional de la madre antes de la gestación también constituye un factor muy importante; si éste es bueno, los almacenes de nutrientes serán adecuados para suplir posibles deficiencias durante este periodo.

## **Anemia**

Se ha reportado que la anemia por deficiencia de hierro es responsable entre 75% a 90% de todas las anemias diagnosticadas durante el embarazo. La mayoría de los estudios demuestran una frecuencia superior de anemia en adolescentes embarazadas que en otros grupos de edades, debido al incremento en la demanda de hierro como consecuencia del crecimiento acelerado de la madre y los tejidos fetales, lo cual frecuentemente coexiste con desnutrición e

insuficiente ganancia de peso durante la gestación, factores que incrementan la morbimortalidad materna y perinatal.

En América Latina, se calcula que 3% de las muertes maternas son atribuibles directamente a la anemia y se asocia con aumento de riesgo de infección, fatiga y mayores pérdidas sanguíneas durante el parto y puerperio.

La anemia es un indicador de malnutrición y enfermedad; sin embargo, es muy común que aproximadamente 25% de las mujeres jóvenes, aparentemente sanas en su primera visita prenatal presenten depresión de las reservas corporales de hierro, sin síntomas de anemia, pudiendo esta situación comprometer la salud materna y fetal.

### **Infecciones urinarias**

La infección de vías urinarias (IVU) quizá sea en parte responsable de la alta incidencia de parto prematuro, sumado a otras entidades que se citan como responsables tales como el propio desarrollo puberal, los procesos infecciosos a otros niveles como cervicovaginal que pueden ocasionar directa o indirectamente, a través de la rotura prematura de membrana y parto pretérmino; si no es diagnosticada y adecuadamente tratada, puede llevar a un incremento significativo en la morbilidad en la madre y en el feto. Las IVU ocurren entre el 1 al 3% del total de mujeres adolescentes, incrementándose marcadamente su incidencia después del inicio de la vida sexual activa.

Diversos factores fisiológicos predisponen a la mujer embarazada a una mayor frecuencia de infecciones urinarias; entre los principales tenemos: hidronefrosis fisiológica durante la gestación, uretra corta, cambios vesicales que predisponen al reflujo vesicoureteral, estasis urinaria y cambios fisicoquímicos de la orina. La compresión de los uréteres por el útero grávido y las venas ováricas lleva a la dilatación progresiva de los cálices, la pelvis renal y los uréteres, cambios que

comienzan a finales del primer trimestre y progresan a lo largo de toda la gestación.

Por otra parte, las influencias hormonales y la acción de las prostaglandinas juegan un papel significativo en la disminución del tono de la musculatura uretral y vesical, así como en la peristalsis de los uréteres. Estos fenómenos en su conjunto llevan a la estasis urinaria, la que representa un factor decisivo para el desarrollo de infección.

### **Parto prematuro**

Es aquel que se produce después de las 20 semanas o antes de las 37 semanas de gestación. Las investigaciones han determinado que el riesgo de parto prematuro en las pacientes adolescentes es mayor mientras menor es la edad de la paciente, siendo el grupo de verdadero riesgo las adolescentes que se encuentran entre los 10 y los 15 años, no existiendo diferencias en el grupo entre 16 y 19 años con respecto a las pacientes adultas.

Dentro de la etiología se plantea sobre todo, el estrés psicosocial, las infecciones ascendentes del tracto genitourinario. En este mismo sentido, la edad gestacional del parto prematuro está en relación a la edad materna, existiendo mayor riesgo de partos prematuros de menor edad gestacional a menor edad materna.

Otros autores demostraron que la ocurrencia de parto pretérmino, como otras complicaciones descritas en adolescentes, se relaciona con asistencia y apego al control prenatal en clínicas especializadas.

### **Preeclampsia – Eclampsia**

La preeclampsia es una de las complicaciones más frecuentes y graves del embarazo. Es un síndrome multisistémico de gravedad variable y específico del embarazo, que se caracteriza por reducción de la perfusión sistémica, generada por vasoespasmo y activación de los sistemas de coagulación. Se manifiesta después de la vigésima semana de gestación, durante el parto o en las primeras

seis semanas posteriores a éste, con un cuadro clínico caracterizado por hipertensión arterial igual o mayor de 140/90 mmHg acompañada de proteinuria, cefalea, acúfenos, fosfenos, dolor abdominal y alteraciones de los estudios de laboratorio.

Hay estudios que le otorgan el primer lugar en morbilidad materna, recientemente fue publicado que constituye la principal enfermedad propia de la gestación sobre todo en los embarazos adolescentes ocurridos a menor edad, porque en los embarazos que ocurrieron a mayor edad ocupó el segundo lugar. La preeclampsia es más frecuente en las embarazadas jóvenes, bajo nivel socioeconómico y en el primer embarazo, condiciones que se reúnen con frecuencia las adolescentes embarazadas; en el desarrollo de este cuadro clínico, entre otros, se involucra una posible falla en el mecanismo inmunológico adaptativo que permite el desarrollo de la estrecha interrelación entre el organismo materno y su huésped; además se ha postulado una falla en los mecanismos fisiológicos de adaptación circulatoria al embarazo, cuyas manifestaciones clínicas pueden presentarse por separado o asociadas.

Por otra parte, se ha dicho que en el caso de las pacientes muy jóvenes se forman con mayor frecuencia placentas anormales, lo cual le da valor a la teoría de la implantación inadecuada como causa de la Preeclampsia.

**Eclampsia** La eclampsia es un estadio más grave que la pre-eclampsia, se presenta un agravamiento de la hipertensión arterial del embarazo que afecta la vascularización cerebral y ello da lugar a la ocurrencia de crisis convulsivas durante el embarazo o puerperio, aunque no se conocen las causas la más probable es el síndrome de hiperperfusión encefálica. También puede presentarse, a parte de las convulsiones, estados de coma, estos síntomas la diferencian de la pre-eclampsia. Es una enfermedad grave que amenaza la salud de la madre y del hijo, existe el riesgo de un desprendimiento prematuro de la placenta y dando lugar a un parto prematuro.

Los programas integrales de control prenatal dirigidos a adolescentes reducen en un 41% la frecuencia de hipertensión inducida por el embarazo. Para reducir riesgos maternos y perinatales en embarazos adolescentes, como el caso de la hipertensión inducida por el embarazo, no es suficiente con los programas estándar de atención prenatal, se deben diseñar programas completos, integrales y multidisciplinarios en clínicas de adolescentes

### **Ruptura prematura de membranas**

Es la ruptura espontánea del corion y del amnios, una o más horas antes de que se inicie el trabajo de parto. Aumenta la morbilidad y mortalidad materna a expensas de la infección.

#### **Factores predisponentes de la ruptura prematura de membranas:**

- **Factores de riesgo mayores**
- Parto prematuro previo, Metrorragia en el embarazo actual (más riesgo en el tercer trimestre) y consumo de cigarrillo, Infecciones del tracto genital inferior, Trichomona, chlamydia y ureoplasma.

Algunos estudios destacan que existe una frecuencia mayor de rotura prematura de membranas en la paciente adolescente, encontrándose cifras que van desde aproximadamente el 7% al 17%.

- **Factores de riesgo menores**
- Vaginosis bacteriana (más riesgo entre las 8-18 semanas de gestación), HTA o diabetes, Anemia y legrados previos.

### **Desproporción cefalopélvica**

En lo que respecta a las patologías del parto, se señala que mientras más joven es la adolescente, mayores son las alteraciones que pueden ocurrir en relación al parto, esto es debido principalmente a una falta de desarrollo de la pelvis

materna, lo que condicionaría una mayor incidencia de desproporción cefalopélvica, constituyendo esto, una causa importante de trabajos de parto prolongados y partos operatorios, tanto fórceps como cesáreas, lo cual podría influir en la condición inmediata del recién nacido.

### **Desgarros perineales**

Además de la desproporción cefalopelvica, las adolescentes embarazadas tienen mayor riesgo de culminar su parto con laceraciones del cuello uterino, vagina, vulva y periné, esta complicación está dada principalmente por la condición de inmadurez de estas jóvenes, manifestándose una estrechez del canal blando, y se clasifican como:

**Primer Grado:** Afecta la horquilla vulvar, piel perineal y la mucosa vaginal, sin comprometer la fascia y el músculo adyacente.

**Segundo Grado:** Afecta la fascia y el músculo del cuerpo perineal, pero sin comprometer el esfínter anal.

**Tercer Grado:** Piel, mucosa, cuerpo perineal y esfínter externo anal.

**Cuarto Grado:** Se extienden a través de la mucosa rectal y exponen la luz del recto. Están en relación directa con la sobre distensión mecánica del periné, sometido a presiones ejercidas por la cabeza y hombros fetales, instrumentos o manos del obstetra; además de ciertos condicionantes a saber como tejidos fibrosos en las primíparas con edad avanzada, cicatrices anteriores que no se dejan distender, edema, hipoplasia, periné alto de la pelvis en retroversión o pelvis estrechas con ángulo púbico muy agudo.

La adolescencia implica una serie de cambios, tanto físicos y emocionales, enfrentar un embarazo no deseado hace la situación más difícil para la futura madre, la adolescente adquiere nuevas responsabilidades y una de ellas y la más

importante, en esas circunstancias, es asistir a una unidad de salud para el seguimiento de su control prenatal, donde desde la primera consulta, el médico y enfermera se darán cuenta que es un embarazo de riesgo y que se deben tomar medidas precautorias para evitar complicaciones maternoperinatales durante el embarazo, parto y puerperio; así mismo las unidades de atención deben disponer de un instrumento que permita calificar durante el embarazo, el riesgo obstétrico en bajo y alto, el cual servirá para la referencia y contrareferencia en las instituciones organizadas por niveles de atención.

## **4.2. Repercusiones perinatales**

### **Espina bífida**

Es una malformación congénita que consiste en la falta de fusión de uno o varios arcos vertebrales posteriores, a través de esta apertura, el contenido del canal neural puede salir hacia el exterior, creando una protrusión meníngea medular.

Existe evidencia de que la deficiencia de ácido fólico, el tratamiento materno con ácido valproíco, carbamacepina y etetrinato, la exposición a los rayos X durante el embarazo, así como ciertos factores ambientales (madres adolescentes, bajo nivel socioeconómico y antecedentes de aborto anterior) incrementan el riesgo de tener hijos con defectos del tubo neural.

Las manifestaciones clínicas dependen del nivel del mielocelo y consisten en diversos grados de paraplejía flácida y arrefléxica, alteraciones de la sensibilidad (táctil y dolorosa) y trastornos de los esfínteres (disfunción vesical e incontinencia fecal). Asimismo, se evidencian úlceras tróficas de los miembros inferiores con periostitis u osteomielitis subyacentes, deformidades ortopédicas (pies zambos, subluxación de las caderas, escoliosis e incluso fracturas óseas.

### **Fractura de clavícula**

Se define como la pérdida de la continuidad de la clavícula, producto de traumatismos directos o indirectos, La clavícula es el hueso más frecuentemente fracturado en el parto, afectándose preferentemente su tercio medio, puede estar relacionado con el peso de los recién nacidos, la presentación en el parto, la existencia o no de distocia de hombro, la edad gestacional y la paridad.

La talla materna juega un papel importante como factor de riesgo para daño al recién nacido, debido a que se puede presentar una desproporción entre el tamaño de la cabeza del feto y la pelvis materna, lo cual implica un riesgo en el feto para que se produzcan lesiones durante su nacimiento. En este caso, la asociación podría deberse al hecho que las mujeres de talla baja constituyen un factor de riesgo para la presencia de desproporción cefalopélvica, que dificultaría el paso normal del feto por el canal del parto.

### **Prematuréz**

Pretérmino o Recién Nacido prematuro, se define como el niño nacido antes de completar las 37 semanas de Gestación.

Un Estudio de cohorte prospectiva con 379 hijos de mujeres adolescentes y 928 adultas realizado en Chile en el año 2012, reveló que un 52,6% de nacimientos prematuros, en madres con adolescencia temprana, 28,8% con adolescencia media y 30,1% con adolescencia tardía. El mayor número de nacimientos prematuros entre las madres adolescentes tempranas estuvo asociado a preeclampsia (26,3%) y trabajo de parto prematuro (10,5%), que fueron significativamente mayores en este grupo de adolescentes.

La gestación en la adolescencia es una variable de riesgo obstétrico y neonatal que aumenta la probabilidad de tener hijos prematuros y de bajo peso al nacer, condiciones de importancia desde la perspectiva de la salud pública, ya que se relacionan estrechamente con la supervivencia, el crecimiento antropométrico y desarrollo ulterior del recién nacido, trayendo consecuencias para el binomio.

En experiencias internacionales, aproximadamente el 14% de los recién nacidos de los adolescentes de 17 años o menos son prematuros en comparación con el 6% de mujeres de 25-29 años , mientras que las adolescentes de 14 o menos años tienen un mayor riesgo de tener prematuros de bajo peso . Los factores biológicos que se han asociado consistentemente con resultados negativos durante la gestación en adolescentes son el pobre estado nutricional, el peso bajo al inicio de la gestación y la pobre ganancia de peso durante el embarazo.

### **Patologías prevalentes en el recién nacido pretérmino**

#### **Patología Respiratoria:**

La función pulmonar del pretérmino está comprometida por diversos factores entre los que se encuentran la inmadurez neurológica central y debilidad de la musculatura respiratoria, asociada a un pulmón con escaso desarrollo alveolar, déficit de síntesis de surfactante y aumento del grosor de la membrana alveolocapilar. La vascularización pulmonar tiene un desarrollo incompleto con una capa muscular arteriolar de menor grosor y disminución del número de capilares alveolares.

La patología respiratoria es la primera causa de morbilidad del pretérmino y viene representada por el distrés respiratorio por déficit de surfactante o enfermedad de Membrana Hialina

#### **Oftalmológicos:**

La detención de la vascularización de la retina que produce el nacimiento pretérmino y el posterior crecimiento desordenado de los neovasos, es el origen de retinopatía del pretérmino.

Los preterminos son una población de riesgo oftalmológico por el potencial daño de las áreas visuales centrales y por la prevalencia de alteraciones de la refracción, por lo que deben de ser revisados periódicamente.

**Cardiovasculares:** La hipotensión arterial precoz es más frecuente cuanto menor es el peso. Esta hipotensión puede estar relacionada con la incapacidad del sistema nervioso autónomo para mantener adecuado tono vascular o con otros factores como la hipovolemia, la sepsis y /o disfunción cardiaca.

**Gastrointestinales:** La maduración de succión y de su coordinación con la deglución se completa entre las 32-34 semanas; existen trastornos de tolerancia con escasa capacidad gástrica, reflujo gastroesofágico y evacuación lenta. La motilidad del intestino es pobre y con frecuencia se presentan retrasos de la evacuación y meteorismo. El tubo digestivo es susceptible de maduración subtrato inducida, por lo que se consigue eficaz digestión de forma rápida, siendo el déficit más persistente el de la absorción de las grasas y de las vitaminas liposolubles. La prematuridad es el factor de riesgo individual más importante para la presentación de Enterocolitis Necrotizante en cuya patogenia se mezclan factores madurativos, vasculares, hipoxémicos e infecciosos.

**Inmunológicos:** El sistema inmune del recién nacido pretérmino, es incompetente respecto al recién nacido a término. La inmunidad inespecífica o general es ineficaz, con vulnerabilidad de la barrera cutánea, mucosa e intestinal, disminución de la reacción inflamatoria e incompleta fagocitosis y función bactericida de los neutrófilos y macrófagos. La inmunidad específica, muestra una disminución de Ig G que es de transferencia materna, con práctica ausencia de Ig A e Ig M; la respuesta de la inmunidad celular es relativamente competente.

Las manipulaciones médicas que el pretérmino precisa, con procedimientos invasivos múltiples (cateterismos vasculares, intubación endotraqueal, alimentación parenteral etc) asociados a la ecología hospitalaria donde es

atendido, la posibilidad de adquirir una infección es alta, a las que se añade una respuesta limitada que compromete su pronóstico.

**Metabolismo:** La termorregulación está afectada por un metabolismo basal bajo con escasa producción de calor, disminución de la reserva grasa corporal, un aumento de la superficie cutánea relativa y deficiente control vasomotor, que condicionan una conducta poiquiloterma con mayor tendencia a la hipotermia que a la hipertermia.

**Hematológicos:** La serie roja del pretérmino tiene valores promedios inferiores a los del recién nacido a término, con una tasa de eritroblastos aumentada. Se produce un descenso progresivo de los hematíes, producida por la hemólisis fisiológica sumada a las extracciones hemáticas repetidas.

**Endocrinos: Tiroides:** se detectan signos de hiperfunción tiroidea, que puede encubrir un hipotiroidismo subyacente; Así mismo en pretérminos gravemente enfermos se puede producir un hipotirosinemia transitoria. Existe diferencias en otras glándulas endocrinas, como la suprarrenal, la hipófisis, el desarrollo gonadal etc, que se encuentran en estadios madurativos incompletos. La trascendencia clínica es variable, como la inadecuada secreción de esteroides suprarrenales que puede ser responsable de las alteraciones hidroelectrolíticas

El parto prematuro desencadena otras alteraciones en el recién nacido, que pueden afectar severamente su salud e integridad física, la madre adolescente necesita y debe estar bien informada acerca de los cuidados que debe llevar durante su embarazo y los beneficios que se obtienen al apegarse al control prenatal, cuyas acciones y procedimientos sistemáticos y periódicos destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que puedan condicionar morbilidad materna y perinatal son eficaces y al alcance de toda persona.

## **Capítulo 5**

### **Intervención del profesional de Enfermería en el control prenatal y la prevención de embarazo en adolescentes**

#### **5.1. Enfermería en su rol docente en el embarazo y control prenatal**

La Enfermería es una profesión cuyo principal objetivo es el cuidado de la salud y la vida de los seres humanos, en todos los aspectos que lo conforman (físico, espiritual, mental, social), y exige del profesional que la ejerce, una amplia preparación en sus diferentes roles, para brindar una atención de calidad. Características que deben estar enmarcadas por la vocación de servicio, el respeto a las personas y la identidad profesional.

El profesional en Enfermería debe involucrarse y comprometerse en la mejora continua de los procesos, con el fin de implementar cuidados que cubran las necesidades de los adolescentes. Para asegurar una continuidad en la atención con calidad, el profesional debe ir de la mano con el avance de la ciencia, fortaleciendo sus conocimientos con capacitación y actualización continua; de igual manera debe tener motivación e interés por ayudar a los demás, poseer un sistema de valores cimentados en la ética para también poder abordar a las personas desde sus necesidades espirituales y así ayudar a minimizar el sufrimiento y el dolor no físico.

La función de la enfermera en la prestación del cuidado prenatal depende de varios factores y puede variar en diferentes entornos y ubicaciones geográficas.

Por ejemplo, la enfermera comunitaria juega un papel muy importante en el área donde ejerce su trabajo, más en comunidades marginadas donde ella es quien lleva la batuta en cuestión de programas de salud, es quien sabe de la necesidad que tiene la comunidad y enfoca los programas de acuerdo a los grupos etarios.

En la mayoría de los servicios en los cuales se presta atención a las mujeres gestantes, el personal de enfermería tiene un papel importante en asegurar que las mujeres embarazadas tengan acceso a la atención prenatal básica, así como a la referencia de una atención más integral y especializada cuando sea necesario.

Como parte del equipo de salud, los profesionales en Enfermería participan en la atención prenatal a las mujeres embarazadas, constituyéndose en uno de los factores clave para una atención de calidad a través de los cuidados. Mediante la valoración que realiza la enfermera a la gestante se involucran aspectos físicos, psicosociales y culturales, se aborda a la gestante como un ser único e individual, estableciendo un ambiente de confianza y de apoyo que facilita asesorarla y darle educación para la salud en los aspectos que sean necesarios; de igual manera esa valoración física cuidadosa y completa, permite identificar riesgos y plantear cuidados de Enfermería que minimicen posibles complicaciones.

En sus muchas entrevistas con la embarazada, la enfermera tiene oportunidad de entablar una relación de confianza y entendimiento con ella; puede lograrlo mostrando verdadero interés y respeto por la madre como individuo, no juzgando la situación que viven las adolescentes, también escuchándola inteligente y comprensivamente, para poder detectar sus necesidades.

Las primeras impresiones son muy importantes para echar los cimientos de una relación de cooperación, como la enfermera es una de las primeras personas a quien ve la embarazada en su primera visita al médico, puede inmediatamente hacer que la madre se sienta cómoda y tranquila, saludándola de manera cordial y amigable.

Es cierto que a veces son muchas las situaciones laborales que desbordan las posibilidades de estos profesionales, pero no debe perderse nunca el objetivo

hacia el paciente, dado que depende muchas veces de cómo se realice el primer contacto, que el paciente retorne o no a la institución.

En las acciones más simples que Enfermería realiza, como ser el control de peso y talla, de tensión arterial, el de apoyar al Obstetra en el examen ginecológico, la Enfermera ejecuta un rol educador incidental, es decir, que se realiza durante el desarrollo del trabajo diario, donde se aprovechan las situaciones adecuadas que se presentan para realizar enseñanza mediante charlas casuales.

Teniendo en cuenta la realidad nuestras instituciones en lo referente a la escasez del recurso humano, se debe utilizar las diferentes prestaciones que se realizan para establecer una comunicación verdadera con la gestante; por ejemplo, al proceder a la toma de la tensión arterial, mientras la embarazada se prepara, se podrá indagar si es su primer embarazo, si ya concurrió otras veces a la institución, informar sobre los servicios que ésta le ofrece, la disposición dentro del hospital de los servicios de diagnóstico y tratamiento, orientándola en la planta física, etc. También esta situación podrá ser utilizada por la enfermera para averiguar de cuántas semanas está embarazada, interrogándola o leyendo la historia clínica; podrá asesorar sobre la importancia de recibir las inmunizaciones indicadas en el embarazo, también podrá indagar si la futura madre planea amamantar a su hijo y si ha tenido éxito o fracasos en amamantar anteriormente.

La enfermera observa también la curva de peso de la embarazada. Si la ganancia ponderal es inferior o excede lo esperado (el aumento medio de peso durante el segundo trimestre es aproximadamente de 225 grs. por semana y en el tercer trimestre es de 450 grs. por semana), asesora a la gestante sobre la necesidad de una dieta balanceada consistente en la ingesta de alimentos ricos en proteínas, vitaminas y minerales (el plato del buen comer); así como la ingesta de suficientes líquidos durante el día para facilitar el ritmo intestinal, dado que el estreñimiento es un problema común en el embarazo.

En las charlas casuales con la embarazada, la enfermera podrá informarle acerca de la prevención de problemas adicionales, e indicarle que debe concurrir de inmediato al médico cuando se presenten los siguientes signos:

- Sangrado o pérdida de cualquier líquido por los genitales.
- Aumento rápido de peso.
- Edemas en manos y cara.
- Alteraciones visuales, vómitos persistentes.

En las últimas semanas de gestación se hace saber a la embarazada cuáles son los signos que indican que el trabajo de parto está comenzando: secreción de moco vaginal color rosado, contracciones regulares intermitentes del útero, pérdida de líquido amniótico por vagina (rotura de membranas).

Durante las charlas con la embarazada, se la debe motivar para que concorra al curso de preparación para la maternidad, que tiene como finalidad la integración de toda la familia; preparación de la pareja, informando adecuadamente a ambos de cómo se produjo y cómo evoluciona el embarazo para que lleguen al parto en óptimas condiciones biopsicosociales y capacitados para la crianza de su hijo.

La participación de la enfermera en este equipo interdisciplinario que prepara al núcleo familiar para la maternidad es fundamental. Ella enseña a la gestante cómo preparar sus mamas para la lactancia, podrá dar nociones generales de puericultura informando las características de un recién nacido, detallar qué cosas necesitará ingresar al hospital cuando se produzca el momento de la internación, podrá colaborar en la preparación física de la paciente, etc.

La Educación para la salud que la enfermera realiza en consultorios externos podrá ser encausada con charlas en la sala de espera, antes que comience la consulta, con una duración no mayor de 30 minutos cuya temática será:

- Importancia del control prenatal.
- Higiene en el embarazo: vestimenta, calzado, descanso, sueño, actividades.

- Dieta de la embarazada.
- Esquema de vacunación.
- Asistencia al curso de preparación para la maternidad.
- Signos de alarma por los que deberá consultar al médico
- Signos que indican el inicio del trabajo de parto.
- Importancia de la lactancia materna y preparación de las mamas.

Las actividades de promoción y prevención bien desarrolladas y dirigidas hacia las poblaciones en riesgo favorecen la disminución en el número de gestantes con complicaciones, reduciendo tanto costos sociales como hospitalarios.

## **5.2. Acciones de Enfermería para la prevención de embarazos en adolescentes.**

Para prevenir el embarazo en adolescentes, las intervenciones por parte del profesional de enfermería deben estar orientadas a brindar:

### **Educación en sexualidad en escuelas**

Las diferentes maneras de comprender la sexualidad, las variadas representaciones sociales que se han construido en torno a los temas relacionados con la sexualidad, la errónea identificación de la sexualidad como sinónimo de sexo y de genitalidad, la asociación dominante entre adolescencia-sexualidad-riesgos y peligros, el supuesto de que la educación sexual promueve el inicio temprano de las relaciones sexuales, las distintas consideraciones que se han elaborado en cada subcultura sobre aspectos de la sexualidad y de la reproducción, la creencia dominante de que la educación sexual sólo consiste en un conjunto de informaciones dadas sobre el sexo y las relaciones sexuales, han obstaculizado el análisis de la educación sexual en todas sus dimensiones.

Se ha producido, en primer término, una reducción de la sexualidad a la dimensión biológica de la genitalidad; en segundo lugar, una focalización en la información

sobre dicha dimensión como único eje visible de la educación sexual y, por último, el supuesto de que la educación sexual tiene lugar en la escuela siempre y cuando sea una asignatura o bien esté enunciada como tema en un programa.

La experiencia de Fondo de Población de las Naciones Unidas demuestra que es importante que las intervenciones en educación sexual inicien temprano, a más tardar en la pre-adolescencia y que duren cuando menos dos años. Otras características destacadas para la educación en sexualidad en el contexto escolar son: 1) fidelidad teórica; 2) servicios de salud vinculados a la escuela; 3) docentes capacitados; 4) inclusión de madres y padres y líderes comunitarios; 5) currículo integral que combine aspectos de Salud sexual y reproductiva con aspectos vocacionales, trabajo o arte y educación; y 6) libertad para que el programa se adapte al sistema de valores y creencias de la comunidad.

Los programas de educación sexual comunitarios o vinculados con escuelas que incluyen a las madres y los padres para promover la comunicación sobre sexualidad en las familias también han demostrado impacto en estudios experimentales.

La Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes (ENAPEA), está a favor de un diseño y desarrollo curricular inclusivo en y a partir de los planes y programas de estudio nacionales generales, donde se aborde, de manera actualizada los contenidos sobre el tema de la sexualidad, y a favor de la inclusión docente que permita su mejor formación sobre los contenidos y desarrollo de competencias para la enseñanza de estos temas, además de favorecer una orientación sin prejuicios sobre la adolescencia, sus derechos, su salud sexual y reproductiva, y de la inclusión de escuelas, donde el tema sea visto como parte sustantiva de la formación de las y los adolescentes, en la comunidad educativa.

La Universidad Nacional Autónoma de México ha sido un referente importante para la impartición de educación para la salud en los distintos sectores de la población, esto a través de sus diferentes carreras en el área de la salud, sobre todo en las carreras de Enfermería y Medicina, donde se abordan módulos de gran interés, como la salud reproductiva.

La Facultad de Estudios Superiores Iztacala ha brindado grandes beneficios a las comunidades circundantes, sobre todo en centros escolares, donde semestre a semestre los estudiantes de Enfermería realizan sondeos entre los estudiantes para saber acerca del conocimiento que tienen sobre la sexualidad, una vez detectada la deficiencia de conocimientos sobre los temas de interés, se preparan para orientarlos a través de charlas educativas.

Los trabajos educativos con jóvenes muestran los errores que contienen las creencias que comparten sobre las relaciones sexuales, las formas de evitar el embarazo inoportuno y las infecciones de transmisión sexual, las limitaciones con que analizan las relaciones sexuales y los serios riesgos a los que están expuestos. Algunos ejemplos son los siguientes:

"La primera relación sexual no embaraza".

"Uno se da cuenta enseguida si alguien tiene SIDA..."

"Son más potentes sexualmente los varones que tienen pene grande".

"Yo no me cuida porque se cuida él... No sé cómo se cuida él, pero sé que se cuida".

"Mi hermana mayor se enfermaba una vez al mes".

Cuando me vino la menstruación, yo lloraba y estaba enojada con mi hermana porque creía que me había contagiado la enfermedad".

"La menstruación viene de todo el cuerpo, porque es la sangre contaminada, que no sirve y que tenemos que reponer".

"Si la pareja no quiere, y piensa fuerte que no quiere, no se embaraza."

El profesional de enfermería tiene conocimientos de anatomía y fisiología de los sistemas reproductores, que le permiten incorporarlos de manera adecuada y oportuna para orientar a los adolescentes en esta etapa de su vida, con la menor cantidad de prejuicios, de modo que faciliten la construcción de una identidad biosexual valorada, con mejor información para tomar decisiones que aseguren un mayor cuidado para cada uno de los adolescentes y los demás.

### **Conocimiento y uso de anticonceptivos**

La problemática que existe en los adolescentes es la tendencia que tienen de realizar prácticas sexuales riesgosas como el inicio cada vez más precoz de la relación sexual, los cambios frecuentes de parejas, el no uso de métodos de protección y el no reconocimiento del riesgo; el embarazo en la adolescencia trae como consecuencia que el adolescente cambie su proyecto de vida, sus ilusiones y su relación de pareja, en estas circunstancias la adolescente embarazada se ve inmersa en una serie de problemas familiares, sociales, económicos, educativos, psicológicos e incluso se afecta su salud física, problema que se hace mayor si se sabe que el embarazo se produce generalmente los seis primeros meses después que el adolescente tiene su primera relación sexual.

La Encuesta Nacional de la Juventud preguntó a las y los adolescentes las razones por las que no habían utilizado métodos anticonceptivos en su primera relación sexual. La primera razón fue que no esperaban tener relaciones (49%); que su pareja no quiso (11.2% en total, 14% entre mujeres); que el entrevistado no había querido (9.3%); que no conocía los métodos (9.3%); el deseo de un embarazo (7%); la vergüenza de conseguir los métodos (5.9%); y que no se sentía igual (3.7%). Estos datos muestran que la falta de planeación, provocada por algunas actitudes negativas respecto a las relaciones sexuales en la adolescencia, es la principal razón que impide el uso de los métodos anticonceptivos y ocasiona el embarazo en adolescentes.

El rechazo social y la negación de la sexualidad en adolescentes, por una parte de la sociedad, coartan la probabilidad de que puedan ejercer sus derechos sexuales y reproductivos con responsabilidad.

Los prejuicios y actitudes que limitan el uso de métodos anticonceptivos pueden ser resultado de una educación sexual deficiente, de falta de información actualizada, de una cultura de discriminación a los jóvenes, de una falta de comprensión de lo que es la sexualidad, y, entre otros, de la falta de comunicación entre padres y madres con sus hijos/hijas acerca de asuntos relacionados con la sexualidad, el enfoque de género y la maternidad y paternidad.

La falta de acceso a los métodos también puede ser una razón del menor uso. Como se mencionó, algunos/as adolescentes dicen no haber usado métodos porque les daba vergüenza solicitarlos, es decir, porque perciben desaprobación social en general, del personal de las farmacias o de los servicios clínicos donde podrían conseguirlos. Esto muestra que algunos factores culturales podrían limitar el acceso efectivo a la protección contra el embarazo y las ITS. Otros aspectos que habría que mejorar para aumentar el uso de métodos anticonceptivos por parte de las y los adolescentes, son la falta de fuentes de anticoncepción cercanas, el escaso conocimiento de los servicios gratuitos y la accesibilidad en los horarios de atención de los centros de salud.

actualmente, aspectos como la creación de leyes, avances en la ciencia sobre el tema, promulgación de los derechos de la niñez y los adolescentes, las tecnologías de información y comunicación, entre otros, han provocado que haya un mayor interés en acercarse a los y las adolescentes y a las temáticas que les preocupan, para invertir en ellos y formar mejores ciudadanos/as con posibilidades para el mundo de un desarrollo sustentable con base en el desarrollo pertinente personal y colectivo en el marco de la diversidad los contextos socioculturales.

**Acceso efectivo a servicios clínicos de Salud sexual y reproductivos especializados en adolescentes**

La población adolescente enfrenta mayores barreras de acceso a los servicios de Salud sexual y reproductiva y al uso de métodos anticonceptivos de alta eficacia que otros grupos de edad. Además de los prejuicios del personal de salud, la influencia del conservadurismo y la intervención de actores no estatales (incluidos los religiosos); las barreras que enfrentan se refieren a accesibilidad, aceptabilidad y equidad en la provisión de servicios de salud.

La accesibilidad se refiere a que puedan obtener los servicios de salud disponibles, con tiempos cortos de espera, con o sin cita y en lugares, con horarios y costos al alcance de las y los que estudian o trabajan; la aceptabilidad, a que las y los adolescentes estén dispuestos a utilizar servicios atendidos por proveedores empáticos y que no emitan juicios morales, con instalaciones atractivas e higiénicas, y donde se ofrezca información y educación en diferentes formatos.

Las y los adolescentes de los diferentes grupos sociales deben acceder a los servicios que sean apropiados y que ofrezcan la información que este sector de la población necesita; y que sean efectivos, es decir, que se ofrezcan de manera correcta y contribuyan a su salud.

Está demostrado que las y los adolescentes aumentan la utilización de un servicio cuando cumple con las siguientes cuatro características:

- 1) El personal que brinda la atención ha sido capacitado, se le orienta para que evite juicios y es amigable con las y los adolescentes que atiende;
- 2) se hace el esfuerzo para que las instalaciones sean acogedoras y atractivas;
- 3) se comunica a las y los adolescentes de la disponibilidad de los servicios de salud amigables y se les motiva a usarlos cuando los necesiten;
- y 4) existe comunicación con los miembros de la comunidad para promover y favorecer la importancia de la prestación de servicios de salud para adolescentes

El autocuidado es el primer paso para dar cuidado a los demás; para dar cuidado al otro, se deben conocer las diferentes necesidades de los adolescentes en esta etapa de la vida, para saber cómo ayudarlos y así contribuir a su crecimiento y a su transformación personal, el profesional de Enfermería siempre se ha caracterizado por su empatía hacia la persona; la doctora Jean Watson en su “Teoría del cuidado humano” resalta la dimensión espiritual de la existencia humana y sostiene que la práctica debe cimentarse en un sólido sistema de valores que debe labrar a lo largo de toda su vida el profesional en Enfermería y de igual forma debe integrar los conocimientos científicos en su labor; esta unión humanística-científica es lo fundamental y se relaciona con el arte de cuidar, y como se menciona anteriormente, ese arte es interrelacionarse con el otro para crear una relación de ayuda.

La doctora Watson sostiene que “ante el riesgo de deshumanización en el cuidado de las personas, a causa de la gran reestructuración administrativa de la mayoría de los sistemas de cuidado de salud, se hace necesario el rescate del aspecto humano y espiritual en la práctica clínica, administrativa, educativa y de investigación por parte de los profesionales de enfermería” y resalta que la enfermería es un arte, cuando la enfermera experimenta y comprende los sentimientos del otro, es capaz de detectar y sentir estas emociones, y a su vez, es capaz de expresarlos, de forma semejante que la otra

Estas reflexiones llevan a la conclusión de que un cuidado de enfermería humanizado a la persona, es el primer paso para alcanzar el éxito en la calidad en su atención, y que el fin primordial de cuidar es proteger y guardar la dignidad humana, inclusive antes del nacimiento; que las principales condiciones para dar cuidado humanizado en Enfermería se centran en la relación de ayuda con la otra persona tratándola con dignidad y con respeto, brindando un cuidado cimentado en valores y con el compromiso de ayudar al otro.

Es necesario como profesionales de Enfermería educar para contribuir en la disminución del número de embarazos adolescentes y por ende evitar

complicaciones de salud tanto física como de salud mental, la educación brindada por el profesional de enfermería a los adolescentes sobre temas de sexualidad , es una oportunidad para comprometerse con el cumplimiento de los logros de los objetivos del milenio y con la responsabilidad social que se tiene con los jóvenes la Nación generando no solo conocimiento sino contribuyendo con la búsqueda de mejores oportunidades para los adolescentes.

## **CONCLUSIONES**

Las complicaciones maternas más frecuentes en las adolescentes embarazadas por inasistencia o desapego al control prenatal son: preeclampsia, eclampsia, anemia, infección de vías urinarias, ruptura prematura de membranas, parto prematuro y desproporción cefalopélvica, que puede derivar en desgarros perineales; mientras que las complicaciones perinatales más comunes en los hijos de adolescentes son: malformaciones congénitas, prematuridad, que derivado de ello se desencadenan diversas patologías: cardiovasculares, gastrointestinales, inmunológicos, metabólicos, oftalmológicos y endócrinos.

Existen diversos factores que influyen en la inasistencia al control prenatal de Adolescentes embarazadas, entre los más comunes son los factores psicosociales, culturales, sistema de salud, educativo y socioeconómico; los factores Psicosociales que impiden a la adolescente buscar atención médica temprana son primeramente, la aceptación del embarazo, al mismo tiempo la oposición de la pareja, que aunado a la desaprobación familiar, llevan a la adolescente embarazada a una profunda depresión y rechazo del embarazo.

En México aún existen barreras culturales para que la mujer goce de los beneficios de la información veraz y oportuna durante la gestación, en comunidades rurales hoy en día hay creencias, mitos y costumbres que limitan a la mujer embarazada buscar ayuda profesional; el Sistema de salud ha sido también un factor muy importante por el cual las adolescentes embarazadas no acuden al control prenatal, la

atención médica deshumanizada y la falta de empatía hacia la adolescente, horarios inaccesibles y la ubicación del centro de salud u hospital.

El factor educativo es determinante en la mujer embarazada, sobre todo en las adolescentes, pues se sabe que a mayor preparación académica, menor será el riesgo de tener un embarazo no planeado o contraer una infección de transmisión sexual, el factor socioeconómico es una limitante para que la adolescente no lleve a cabo un buen control prenatal en tiempo y forma, muchas adolescentes inconscientemente copiaron el patrón familiar en que se desenvuelven, gran parte de las adolescentes embarazadas son hijas de madres solteras, esto repercute en la cuestión económica, la adolescente embarazada se ve obligada a trabajar para solventar sus propios gastos porque no cuenta con el apoyo familiar ni de pareja, orillándola a que deje en segundo término la asistencia al control prenatal.

Por todo esto, queda de manifiesto la importancia de la educación para la salud que brinda el profesional de Enfermería en el control prenatal de adolescentes embarazadas, así como las acciones que realiza para brindar mayor información sobre educación sexual a este sector de la población.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alfaro Alfaro N, Villaseñor Fariás M, Valadez Figueroa I, Guzmán Sánchez A, González torres Y. Aspectos históricos del control prenatal. *Medigraphic Artemisa*; 2006; 8(1). <http://www.medigraphic.com/pdfs/invshal/isg-2006/isg061h.pdf> (último acceso 27 abril 2015).
- Armendáriz Ortega Angélica M, Medel Pérez Bertha Y. Propuesta de intervención para evitar el embarazo en adolescentes .Aventuras del Pensamiento.Septiembre2010; [http://www.uach.mx/extension\\_y\\_difusion/synthesis/2011/06/01/propuesta\\_de\\_intervencion\\_para\\_prevenir\\_el\\_embarazo\\_en\\_adolescentes.pdf](http://www.uach.mx/extension_y_difusion/synthesis/2011/06/01/propuesta_de_intervencion_para_prevenir_el_embarazo_en_adolescentes.pdf) (último acceso 26 abril 2015).
- Asociación Española de Pediatría. Protocolos Diagnóstico Terapéuticos de la AEP: Neurología Pediátrica. España, 2008];<https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/18-espina.pdf> (último acceso 16 mayo 2015).
- Azcúnaga Santibáñez B, Arena Ansótegui .Fractura de clavícula en el recién nacido. *Rev. Esp Pediatr* 1997; 46:416-417.<https://www.aeped.es/sites/default/files/anales/46-4-28.pdf> (último acceso 16 mayo 2015).
- Balestena Sánchez Jorge M. Balestena Sánchez Sonia .Impacto de la menarquia en los resultados perinatales en la adolescencia.*Rev Cubana Obstet Ginecol*,2005 [http://www.bvs.sld.cu/revistas/gin/vol31\\_1\\_05/gin02105.htm](http://www.bvs.sld.cu/revistas/gin/vol31_1_05/gin02105.htm) (último acceso 26 mayo 2015).
- Beltran Uguña Elizabeth Marina. Malformaciones congénitas y complicaciones neonatales en recién nacidos de madres adolescentes. Tesis previa a la obtención del título de Médica. Universidad de Cuenca.2013;<http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/3551/1/MED163.pdf> (último acceso 22 mayo 2015).
- Blossiers Carolina . Interacción entre el personal de salud y las jóvenes embarazadas durante el control prenatal: un estudio cualitativo. *Rev Perú Med Exp Salud Pública*. 2010; 27(3):337-44. <http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v27n3/a05v27n3> (último acceso 30 abril 2015).
- Cámara de diputados. *El embarazo en adolescentes*; marco teórico conceptual, políticas públicas, derecho comparado, directrices de la OMS, Iniciativas presentadas y opiniones especializadas, México, DF; Dirección General de Servicios de Documentación, Información y Análisis.2013.<http://www.diputados.gob.mx/sedia/sia/spi/SAPI-ISS-38-13.pdf> (último acceso 20 abril 2015).
- Cañedo Montalbán, Ezequiel William . *Fractura de clavícula en recién nacido: factores antropométricos. Hospital "San Juan Bautista" Huaral 2005-2010*. Trabajo de investigación.Para optar el Título de Especialista en Cirugía Ortopédica y Traumatología.2012[http://ateneo.unmsm.edu.pe/ateneo/bitstream/123456789/2421/6/Canedo\\_Montalban\\_Ezequiel\\_William\\_2012.pdf](http://ateneo.unmsm.edu.pe/ateneo/bitstream/123456789/2421/6/Canedo_Montalban_Ezequiel_William_2012.pdf) (último acceso 04 mayo 2015).
- Casanueva Esther, Morales Martha. Nutrición del adolescente; *Fac.Med.UNAM*.2000; <http://www.facmed.unam.mx/deptos/salud/censanza/spi/unidad2/adolescente.pdf> (último acceso 22 mayo 2015).
- Castañeda Núñez Imelda. Síntesis histórica de la partera en México.*Rev.Enf.IMSS*;1988;1(1).<http://maternidadsinriesgos.org.mx/documentos/cronologia%20partera%20y%20servicios%20de%20salud.pdf> (último acceso 26 abril 2015).
- Cobos Martínez Libeth Esther. *Factores que influyen en la atención prenatal en adolescentes que acuden a la consulta del subcentro de salud zapotal - Santa Elena 2012-2013*.Tesis de Licenciatura. Universidad Estatal Península de Santa Elena.2013 <http://repositorio.upse.edu.ec:8080/bitstream/123456789/998/1/LIBETH%20COBOS%20-%20TESIS.pdf> (último acceso 12 mayo 2015).
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe. *Reseña sobre población y desarrollo*. Brasil; Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía(CELADE),2012.[citado 2015 abr13] [http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/36939/Resenas8\\_es.pdf?sequence=1](http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/36939/Resenas8_es.pdf?sequence=1) (último acceso 13 abril 2015).
- Consejo Nacional de Evaluación de la Política de desarrollo social. Evaluación estratégica sobre mortalidad materna en México: características sociodemográficas que obstaculizan a las mujeres embarazadas su acceso efectivo a instituciones de salud. México. CONEVAL.2012. [https://www.google.com.mx/search?client=opera&q=Evaluaci%C3%B3n+estrat%C3%A9gica+sobre+mortalidad+materna+en+M%C3%A9xico+2010&sourceid=opera&ie=utf-8&oe=utf-8&channel=suggest&gws\\_rd=ssl](https://www.google.com.mx/search?client=opera&q=Evaluaci%C3%B3n+estrat%C3%A9gica+sobre+mortalidad+materna+en+M%C3%A9xico+2010&sourceid=opera&ie=utf-8&oe=utf-8&channel=suggest&gws_rd=ssl) (último acceso 23 marzo 2015).
- De Sarasqueta Pedro.Mortalidad infantil por malformaciones congénitas y prematuridad. *Arch.argent. pediatr*. 2006; 104(2) [http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S0325-00752006000200012&script=sci\\_arttext&tlngv](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S0325-00752006000200012&script=sci_arttext&tlngv) (último acceso 14 mayo 2015).
- ENAPEA. *Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo Adolescentes*. México.2015.SEGOB,SEDESOL.SEP [http://www.conalep.edu.mx/Documentos/Eloy/ENAPEA%20Final\\_19fe2015.pdf](http://www.conalep.edu.mx/Documentos/Eloy/ENAPEA%20Final_19fe2015.pdf) (último acceso 22 mayo 2015).
- Esguerra Velandia Carmen R, Esguerra de Cárdenas I.Causas de inasistencia al control prenatal, estudio descriptivo en Bogotá.*Avances en Enfermería*.1991;9(2) [https://scholar.google.es/scholar?start=10&q=factores+de+inasistencia+a+control+prenatal+en+adolescentes&hl=es&as\\_sdt=0,5](https://scholar.google.es/scholar?start=10&q=factores+de+inasistencia+a+control+prenatal+en+adolescentes&hl=es&as_sdt=0,5) (último acceso 30 abril 2015).
- Espina bífida e hidrocefalia EB. Espina bífida y la infancia, manual de ayuda y servicios para la mejora de la calidad de vida de los niños y niñas afectados con la FEBEHI.Madrid.2009; [http://sid.usal.es/idocs/F8/FD022864/espina\\_bifida\\_infancia.pdf](http://sid.usal.es/idocs/F8/FD022864/espina_bifida_infancia.pdf) (último acceso 16 mayo 2015).
- Espinoza Jimmy. Fisiología del parto pretermino. *Rev. Per. Ginecol. Obstet*. 2008;54:15-21; [http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/ginecologia/vol54\\_n1/pdf/a05v54n1.pdf](http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/ginecologia/vol54_n1/pdf/a05v54n1.pdf) (último acceso 26 mayo 2015).
- Estrada-Altamirano A,Figueroa-Damián R, Villagrana-Zesati R.Infección de vías urinarias en la mujer embarazada. Importancia del escrutinio de bacteriuria asintomática durante la gestación. *Perinatol.Reprod.Hum* .201024(3) 182-186. <http://www.medigraphic.com/pdfs/inper/ip-2010/ip103e.pdf> (último acceso 22 mayo 2015).
- Federación Latino Americana de Ginecólogos obstetras.guía clínica de feto prematura de membranas.Guatemala2014 <http://www.sogiba.org.ar/novedades/gc1rpm.pdf> (último acceso 26 mayo 2015).
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. *La adolescencia Una época de oportunidades*. Nueva York, EEUU. UNICEF.2011 [http://www.unicef.org/mexico/spanish/SOWC-2011-Main-Report\\_SP\\_02092011.pdf](http://www.unicef.org/mexico/spanish/SOWC-2011-Main-Report_SP_02092011.pdf) (Último acceso 05

abril 2015) Fondo de Población de Naciones Unidas, *Buenas prácticas en promoción de salud sexual y reproductiva y derechos reproductivos de adolescentes*, UNFPA –Equipo de Apoyo Técnico para América Latina y el Caribe. 2006 - 2010 <http://lac.unfpa.org/public/pid/815> (último acceso 28 mayo 2015).

García Delfino María Victoria. Irlanda, sin aborto, tiene la menor tasa de mortalidad del mundo. *Cent.Bioe.Pers y Fam*; 30 Nov 2010. <http://centrodebioetica.org/2011/09/irlanda-sin-aborto-tiene-la-menor-tasa-de-mortalidad-materna-del-mundo/> (último acceso 22 abril 2015).

Gómez Fajardo Carlos Alberto. Aspectos históricos del control prenatal. *Rev.Gin y Obst.Med.Col.*1991; 10(2). <http://revistas.upb.edu.co/index.php/Medicina/article/viewFile/2494/2160> (último acceso 26 abril 2015).

Govea Valladares Yair Jazmín. Significado del embarazo en la adolescencia en una zona con alto índice de embarazo en san Luis Potosí. Tesis para obtener el grado de Maestría; Universidad Autónoma de San Luis Potosí. 2014. <http://www.uaslp.mx/Spanish/Academicas/FEn/OFE/MSP/tesis/Documents/Significados%20del%20embarazo%20en%20la%20adolescencia%20en%20una%20zona%20de%20alto%20C3%ADndice%20de%20embarazos%20en%20San%20Luis%20Potos%20C3%AD.pdf> (último acceso 04 junio 2015).

Grupo de Trabajo Regional para la reducción de la mortalidad materna. *Estimaciones de Mortalidad Materna en América Latina y el Caribe: Un breve panorama*. Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) –División de Población de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), Centro Latinoamericano de Perinatología, Salud de la Mujer y Reproductiva (CLAP-SMR), 2011. [http://www.familycareintl.org/UserFiles/File/GTR\\_SP.pdf](http://www.familycareintl.org/UserFiles/File/GTR_SP.pdf) (último acceso 26 abril 2015).

Guzmán Tello, Socorro Martina. El cuidado humano en la formación del estudiante de enfermería según la teoría de Jean Watson. Tesis para optar el grado académico de: Magíster en Enfermería. Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo. 2013, [Citado 2015 May 29] [http://tesis.usat.edu.pe/jspui/bitstream/123456789/2171/tm\\_guzmanc3a1n\\_tello\\_socorromartina.pdf](http://tesis.usat.edu.pe/jspui/bitstream/123456789/2171/tm_guzmanc3a1n_tello_socorromartina.pdf)

Hernández A, Francisco; Reyes Guzmán, Palacios Martínez de Santelices G, Cardoso Núñez L. Intervención educativa sobre conocimientos de anticoncepción en adolescentes. *Archivo Médico de Camagüey*, 2010 14 (3) <http://www.redalyc.org/pdf/2111/211114981012.p> (último acceso 22 mayo 2015).

Hernández B Ana María. Reflexiones sobre la calidad del cuidado de enfermería en el control prenatal. *Revista Cultura del Cuidado*, 2012; 9(1) <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4394564> (último acceso 22 mayo 2015).

Instituto Mexicano de la Juventud. *Encuesta Nacional de juventud 2010. Resultados generales. México, 2011*; [http://www.imjuventud.gob.mx/imgs/uploads/Encuesta\\_Nacional\\_de\\_Juventud\\_2010\\_\\_Resultados\\_Generales\\_18nov11.pdf](http://www.imjuventud.gob.mx/imgs/uploads/Encuesta_Nacional_de_Juventud_2010__Resultados_Generales_18nov11.pdf) (último acceso 06 abril 2015).

Instituto Nacional de las Mujeres. *Sistema de indicadores de género, México*; INEGI-CONAPO, Panorama sociodemográfico de México. Principales resultados, 2011. [http://estadistica.inmujeres.gob.mx/formas/tarjetas/Madres\\_adolescentes1.pdf](http://estadistica.inmujeres.gob.mx/formas/tarjetas/Madres_adolescentes1.pdf) (último acceso 08 abril 2015).

Instituto Nacional de las Mujeres. *Hombres y mujeres en México*; Instituto Nacional de Estadística y Geografía. 2012. [http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos\\_download/101215.pdf](http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/101215.pdf) (último acceso 15 abril 2015).

Issler.R. Juan. Embarazo en la adolescencia. *Rev.Posgr Cátedr Vía Medicina* 2001 Agos(170. [http://med.unne.edu.ar/revista/revista107/emb\\_adolescencia.html?iframe=true&width=95%&height=95%](http://med.unne.edu.ar/revista/revista107/emb_adolescencia.html?iframe=true&width=95%&height=95%) (Último acceso 20 marzo 2015)

Jiménez Martínez A, Peralta Cerda E, Hinojosa García L, García García P, castillo Curaira Y, miranda posadas Beneficios y barreras percibidos por las adolescentes embarazadas en el control prenatal. *Rev.Cien.UANL*.2012 15(57) <https://www.google.com.mx/webhp?sourceid=chrome-instant&ion=1&espv=2&ie=UTF-8#q=factores%20culturales%20impiden%20el%20control%20prenatal%20en%20adolescentes> (último acceso 26 abril 2015)

Johnson Sara b., et al., 'adolescent maturity and the brain: the promise and pitfalls of neuroscience research in adolescent health policy', *journal of adolescent health* 2009;45(3):216–221

León Paula, Minassian Matías, Borgoño Rafael, Bustamante Francisco. Embarazo adolescente; *Rev. Ped. Elec.*2008, Vol 5, N° 1. [http://clasev.net/v2/pluginfile.php/37834/mod\\_resource/content/1/5\\_EMBARAZO%20ADOLESCENTE.pdf](http://clasev.net/v2/pluginfile.php/37834/mod_resource/content/1/5_EMBARAZO%20ADOLESCENTE.pdf) (último acceso 14 mayo 2015).

López Austin Alfredo. Estudio acerca del método de investigación de Fray Bernardino de Sahagún. *Invest. Soc. Camp . Méx.*2001. 60(61) <http://www.mesoweb.com/about/articles/879.pdf> (último acceso 26 abril 2015).

López-Cano Liliana A , Restrepo-Mesa Sandra L. La gestación en medio de la inseguridad alimentaria: Percepciones de un grupo de adolescentes embarazadas. *Rev. salud pública*.2014,16(1): 76-87, <http://www.scielo.org/pdf/rsap/v16n1/v16n1a07.pdf> (último acceso 11 mayo 2015).

Maldonado Duran Martin, Saucedo García JM, Latirgue Teresa. Cambios fisiológicos y emocionales durante el embarazo normal y la conducta del feto. *Perin.Rep.hum.* 2008;22(1). <http://www.inper.edu.mx/descargas/pdf/CambiosFisiologicosEmocionales durante el Embarazo.pdf> (último acceso 22 marzo 2015).

Masías Ynocencio Ysabel. Nivel de conocimiento sobre factores de riesgo prenatal para la prevención de discapacidades y desarrollo personal en gestantes adolescentes del cono sur de lima-2007. *Rev.Inv en Psicología*. 2012; 12(1). [http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/investigacion\\_psicologia/v12\\_n1/pdf/a08v12n1.pdf](http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/investigacion_psicologia/v12_n1/pdf/a08v12n1.pdf) (último acceso 02 mayo 2015).

Medina Mañay , Emperatriz Verónica. Incidencia y causas de anemia ferropénica en adolescentes embarazadas de 13 – 16 años, realizado en el hospital gineco-obstétrico Enrique C. Sotomayor septiembre 2012 hasta febrero 2013. Tesis para Obtener el Título de Obstetra Universidad de Guayaquil. 2013 <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/1845/1/tesis%20veronica%20medina.pdf> (último acceso 14 mayo 2015).

Mendoza T Luis Alfonso, Arias G Martha, Mendoza T Laura Isabel. Hijo de madre adolescente: riesgos, morbilidad y mortalidad neonatal. *Rev. chil. obstet. ginecol.*2012 77(5):375-382. [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S071775262012000500008&lng=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S071775262012000500008&lng=es). <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262012000500008> (último acceso 14 mayo 2015).

Ministerio de Salud. Recomendaciones para la Práctica del Control preconcepcional, prenatal y puerperal. Argentina; Dirección Nacional de Maternidad e Infancia. 2013. <http://www.msaj.gov.ar/images/stories/bes/graficos/000000158cntg02.control-prenatal.pdf> (último acceso 27 abril 2015).

Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. *Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva*. Madrid, MINISTERIO DE SANIDAD, POLÍTICA SOCIAL E IGUALDAD.2011; <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/ENSSR.pdf> (último acceso 22 mayo 2015).

Morales Coello, Gladys Patricia. *Complicaciones obstétricas en adolescentes atendidas en el servicio de obstetricia del hospital "homero castanier crespo" en el periodo enero- diciembre 2008*. tesis para obtener el título de obstetra; Universidad de Guayaquil. Facultad de Ciencias Médicas. 20-sep-2013; <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/3739/1/med%2037.pdf> (último acceso 26 mayo 2015).

Morales Coello, Gladys Patricia. *prevalencia de preeclampsia en adolescentes y protocolo para prevención*. Tesis previa a obtención del título de obstetra. Universidad de Guayaquil.20-sep-2013. <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/1852/1/tesis%20de%20gladys%20morales%20pdf.pdf> (último acceso 26 mayo 2015).

Morgan-Ortiz F, Calderón-Lara Sergio A, Martínez-Félix Jesús I, González-Beltrán A, Quevedo-Castro E. Factores de riesgo asociados con preeclampsia: estudio de casos y controles. *Ginecol Obstet Mex* 2010;78(3):153-159, <http://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2010/gom103b.pdf> (último acceso 26 mayo 2015).

Nazar Beutelspacher Austreberta. Estudio cualitativo de barreras de demanda y oferta con enfoque a nivel local y comunitario y cambio de comportamiento en municipios prioritarios de Chiapas, México.2011. <http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getdocument.aspx?docnum=38904122> (último acceso 26 abril 2015).

Nolasco María Lorena, Rodríguez Laura Yudith. Morbilidad materna en gestantes adolescentes. *Rev. Posgr. Cáted. Med.* 2006(156)13-18. [http://congreso.med.unne.edu.ar/revista/revista156/4\\_156.htm](http://congreso.med.unne.edu.ar/revista/revista156/4_156.htm) (último acceso 26 mayo 2015)

Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura, Orientaciones técnicas internacionales sobre educación en sexualidad: un enfoque basado en evidencia orientado a escuelas, docentes y educadores de la salud, UNESCO, Paris, 2010 <http://unesdoc.unesco.org/image/s/0018/001832/183281s.pdf>. (último acceso 22 mayo 2015).

Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud. El control prenatal; Montevideo, Uruguay. Centro latinoamericano de perinatología y desarrollo humano.1990, [http://www.clap.ops-oms.org/web\\_2005/BOLETINES%20Y%20NOVEDADES/BOLETIN%2010.pdf](http://www.clap.ops-oms.org/web_2005/BOLETINES%20Y%20NOVEDADES/BOLETIN%2010.pdf) (último acceso 26 abril 2015).

Ortega F Pablo Antonio, Leal M Jorymar Yoselyn, Chávez Carlos Javier, Mejías C Lidia, Chirinos Q Noraima, Escalona V Carolina del Pilar. Anemia y depleción de las reservas de hierro en adolescentes gestantes de una zona urbana y rural del estado Zulia, Venezuela. *Rev. chil. nutr.* 2012 39(3):11-17: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-75182012000300002&lng=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75182012000300002&lng=es). <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75182012000300002>. (último acceso 03 mayo 2015).

Oviedo Cruz H, Lira Plascencia J, Ito Nakashimada A, Grosso Espinoza Juan M. Causas de nacimiento pretérmino entre madres adolescentes. *Ginecol .Obstet .Mex* 2007;75:17-23 <http://www.medigraphic.com/pdfs/gino bs mex/gom-2007/gom071d.pdf> (último acceso 26 mayo 2015)

Pérez cabrera I, Castañeda Godínez C. *Enfermería Avanza; ENEO-UNAM*. [http://www .aniortenic. net/archivos/trabaj\\_antecedent\\_historic\\_parter\\_mexico.pdf](http://www .aniortenic. net/archivos/trabaj_antecedent_historic_parter_mexico.pdf) (último acceso 27 abril 2015).

Pérez Guirado Nora María, Sarmiento Brooks Gil. The absence to the obstetrician's office. *Rev Cubana Med Gen Integr [revista en la Internet]* 2005 21(3-4) [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21252005000300005&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252005000300005&lng=es). (último acceso 04 junio 2015).

Pérez María Ester. La enfermera como educadora de la embarazada y su núcleo familiar. *Rev. Hosp. Mat. Inf. Ramón Sardá* .1996, XV,3. <http://www.sarda.org.ar/profesionales/publicaciones> (último acceso 28 mayo 2015).

Pineda Pérez Susana, Aliño Santiago Miriam. El concepto de adolescencia; *manual de prácticas clínicas para la atención en la adolescencia.2010*. [http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/prevem/capitulo\\_i\\_el\\_concepto\\_de\\_adolescencia.pdf](http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/prevem/capitulo_i_el_concepto_de_adolescencia.pdf). (último acceso 22 de mayo 2015)

Prías-Vanegas Hilda Evelia, Miranda-Mellado Clarybel. Experiencias de adolescentes embarazadas en control prenatal. *Aquichán*.2009 9(1): 93-105. [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1657-59972009000100008&lng=en](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972009000100008&lng=en). (último acceso 04 junio 2015).

PROY-NOM-007-SSA2-2010, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y del recién nacido.1993 [http://www.dof.gob.mx/nota\\_detalle\\_popup.php?codigo=5276550](http://www.dof.gob.mx/nota_detalle_popup.php?codigo=5276550) (último acceso 27 abril 2015).

Purizaca Benites Manuel. Modificaciones fisiológicas en el embarazo. *Rev. Per. Ginecol Obstet.* 2010; 56,57-69. [http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/ginecologia/vol56\\_n1/pdf/a10v56n1.pdf](http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/ginecologia/vol56_n1/pdf/a10v56n1.pdf) (último acceso 15 abril 2015).

Rodríguez Rozalén Mª Ángeles. Cambios fisiológicos y anatómicos de la mujer en el embarazo. *Rev. Asoc. Esp. Matron.* 2014; 2. <http://www.mad.es/serviciosadicionales/ficheros/act-tema53.pdf> (Último acceso 15 abril 2015)

S. Rellan Rodríguez, C. García de Ribera y M. Paz Aragón García. El recién nacido prematuro. *Prot. Diag. Terapde la AEP: Neonatología*.2008 [https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/8\\_1.pdf](https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/8_1.pdf) (último acceso 26 mayo 2015).

Secretaría de Educación Pública. Embarazo en adolescentes y madres jóvenes en México: Una visión desde el Promajoven. México, D.F. SEP. 2012 [http://www.promajoven.sep.gob.mx/archivos/titulos/Embarazo\\_Adolescente.pdf](http://www.promajoven.sep.gob.mx/archivos/titulos/Embarazo_Adolescente.pdf) (último acceso 26 abril 2015).

Secretaría de salud. El Convenio General de Colaboración Interinstitucional para la Atención de la Emergencia Obstétrica, un camino hacia la universalización de los servicios de salud; Dirección General de PlaneaciónDesarrolloenSalud.Mexico,2012. [http://www.ccinshae.salud.gob.mx/descargas/Atencion\\_de\\_la\\_Emergencia\\_Obstetrica.pdf](http://www.ccinshae.salud.gob.mx/descargas/Atencion_de_la_Emergencia_Obstetrica.pdf) (último acceso 22 abril 2015).

Secretaría de Salud. Estrategia integral para acelerar la reducción de la mortalidad materna. México Instituto Nacional de Estadística y Geografía.2011. [http://salud.edomexico.gob.mx/html/doctos/saludreproductiva/emergencia\\_obstetrica/estrategia.pdf](http://salud.edomexico.gob.mx/html/doctos/saludreproductiva/emergencia_obstetrica/estrategia.pdf) (último acceso 22 abril 2015).

Freyermuth Enciso G. Luna Contreras M. Muerte materna y muertes evitables en exceso, Propuesta metodológica para evaluar la política pública en salud. *Rev. Inter. Estad y Geog*; 2014; 5(3). [http://www.inegi.org.mx/RDE/rde\\_13/rde\\_13\\_art4.html](http://www.inegi.org.mx/RDE/rde_13/rde_13_art4.html) (último acceso 22 marzo 2015).

Senderowitz Judith. Haciendo los servicios de salud reproductiva amigables para la juventud. *Ministerio de Salud – GTZ*,1999, Nicaragua, [Citado 2015 May 22] <http://www2.pathfinder.org/pf/pubs/focus/RPPS-Papers/spmaking.pdf>

Sonia Impacto de la menarquía en los resultados maternos perinatales en la adolescencia. *Rev. Cubana Obstet Ginecol* 2005;31(1) [http://www .bvs.sld .cu/revistas/ gin/vol31 \\_1\\_05/gin02105.htm](http://www .bvs.sld .cu/revistas/ gin/vol31 _1_05/gin02105.htm) (último acceso 22 mayo 2015)

Tamez-González Silvia, Valle-Arcos Rosa Irene, Eibenschutz-Hartman Catalina, Méndez-Ramírez Ignacio. Adaptación del modelo de Andersen al contexto mexicano: acceso a la atención prenatal. *Salud pública Méx.* 2006 48(5):418-429 [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0036-36342006000500008&lng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342006000500008&lng=es) (último acceso 11 mayo 2015).

Tarqui-Mamani, Carolina; Barreda-Gallegos, Alejandro. Elección y Preferencia del Parto Domiciliario en Callao, Perú. *Rev. salud pública*; 2006 8(3):214-222, <http://www.scielosp.org/pdf/rsap/v8n3/v8n3a07.pdf> (último acceso 28 abril 2015).

Tejada Pérez Paúl, Cohen Aarón, Font Arreaza Ingrid J, Bermúdez Carlos, Schuitemaker Requena Juan B. Modificaciones fisiológicas del embarazo e implicaciones farmacológicas: maternas, fetales y neonatales. *Rev. Obstet Ginecol Venez.* 2007; 67(4). [http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0048-77322007000400006&lng=es](http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0048-77322007000400006&lng=es). (último acceso 03 jun 2015)

Valadez, Figueroa, Isabel, Aldrete, Rodríguez, Ma. Guadalupe, Alfaro, Noé, Aranda, Beltrán, Carolina, Celis de la, Alfredo, Mendoza, Patricia, Cabrera, Piraval, Carlos E. Atención prenatal: conocimientos, actitudes y cuidados alternativos en Jalisco. *Investigación en Salud* 2001, III <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=14230106>> ISSN 1405-7980 (último acceso 26 abril 2015).

Vallejo Barón Juliana. Embarazo en adolescentes, complicaciones; *Rev. Med. Costar y Centroamérica* 2013; 70(605) <http://www.medigraphic.com/pdfs/revmedcoscen/rmc-2013/rmc131m.pdf> (último acceso 11 mayo 2015).

Verde Torres Yamali Sayuri, Sifuentes Alava Rosa Blanca. *Nivel de calidad del control prenatal*. Informe de investigación, 2010. <http://es.scribd.com/doc/47140212/tesis-original> (último acceso 26 abril 2015).

Villanueva Egan Luis A, Ada Karina Contreras Gutiérrez Ada K, Pichardo Cuevas M, Rosales Lucio J. Perfil epidemiológico del parto prematuro. *Ginecol Obstet Mex.* 2008 876(9):542-8. <http://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2008/gom089h.pdf> (último acceso 26 mayo 2015).

World Health Organization. Adolescent pregnancy-Unmet needs undone deeds. A review of the literature and programmes. *Inssues in adolescent Health and development*. en <http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789241595650eng.pdf>. (último acceso 22 mayo 2015).