

## **INDICE**

Resumen.....	1
Abstract.....	2
Introducción.....	3
Problema.....	5
Justificación.....	6
Marco Teórico.....	8
Objetivos.....	24
Diseño Metodológico.....	25
Operacionalización de Variables.....	26
Resultados.....	27
Conclusión.....	34
Discusión.....	35
Propuestas y Sugerencias.....	37
Bibliografía.....	38

## **RESUMEN**

El presente estudio “Características del control prenatal en adolescentes”, tuvo como objetivo determinar las características del control prenatal en adolescentes que asistieron al servicio de obstetricia del mini hospital seccional Aconquija, periodo mayo 2013 – mayo 2014.

Se realizo un estudio descriptivo, cuantitativo, retrospectivo de corte trasversal.

Los resultados obtenidos mostraron que el grupo etareo de adolescentes embarazadas de 17 a 19 años fue el que más predomino con un 77%, para el 69% la accesibilidad geográfica no fue un impedimento para realizar el control prenatal, en cuanto a la escolarización un 46 % abandonaron el sistema escolar primario. Un 66% eran solteras al momento del estudio.

Se observó que el 71 % de las adolescentes primigestas tuvieron un control prenatal insuficiente, iniciándolo en el segundo trimestre el 54%, y con una periodicidad menor a cinco controles el 80%.

Conclusión: el control prenatal de las adolescentes embarazadas fue inadecuado porque, no fue precoz y periódico, lo que dificulta la realización de intervenciones preventivas, diagnóstico y derivación oportuna de complicaciones que pudieran surgir durante la gestación.

Palabras claves: Embarazo – Adolescencia – Control Prenatal

## **ABSTRACT**

This study "Characteristics of prenatal care in adolescents", aimed to determine the characteristics of prenatal care in adolescents who attended the obstetrics hospital sectional Mini Aconquija, period May 2013 - May 2014.

A descriptive, quantitative, retrospective study was performed crosscut. The results showed that the age group of pregnant teenagers from 17 to 19 years was the most predominant with 77% to 69% geographical accessibility was not an impediment for prenatal care, in terms of schooling 46 % left the primary school system. 66% were single at the time of the study.

It was observed that 71% of first time pregnant adolescents had inadequate prenatal care, by starting in the second quarter 54%, and with less frequency to five controls 80%.

Conclusion: prenatal care of pregnant adolescents was inadequate because it was not premature and paper, making it difficult to implement preventive interventions, diagnosis and timely referral of complications that may arise during pregnancy.

Keywords: Pregnancy - Adolescence – Prenatal Control.

## **INTRODUCCION**

En la Argentina más del 98% de los partos ocurren en instituciones, sin embargo la cobertura médica para el control prenatal aún es baja por diversas razones, déficit en la calidad de atención y en algunos casos inaccesibilidad a los servicios para la realización del control del embarazo. Para el sector público se estima que el 78% de las embarazadas llegan al parto con alguna consulta prenatal realizada, muchas de las cuales no reúnen los requisitos aceptables por la Organización Mundial de la Salud (OMS). Solo el 30% de los controles se inicia precozmente durante el primer trimestre.<sup>1</sup>

La concepción del embarazo en la adolescencia como un problema social y de salud pública se construye en base a factores biológicos, culturales y sociales que según las etnias pueden constituirse o no en una situación de mayor vulnerabilidad para esta población. Los adolescentes no conforman un grupo homogéneo, lo que tienen en común es la edad. Viven en circunstancias diferentes y tienen necesidades diversas.<sup>2</sup>

La OMS, define a la adolescencia como periodo de la vida en el cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida la independencia socioeconómica, es una etapa particular que está comprendida entre los 10 a 19 años de edad.

Una quinta parte de los nacimientos ocurridos por año en el mundo, equivalen a partos producidos en mujeres adolescentes - la cifra asciende a los quince millones -. Los países subdesarrollados como América Latina, están en el orden de los 48 millones de partos anuales, el país donde más ha disminuido la fecundidad es en Cuba con un 8%.<sup>3</sup>

---

<sup>1</sup> El Cuidado Prenatal. Guía para la Práctica del Cuidado Preconcepcional y del Control Prenatal. Ministerio de Salud de la Nación Argentina 2001.

<sup>2</sup> Ministerio de Salud de la Nación y Organización Panamericana de la Salud. Indicadores Básicos. Argentina 2012.

<sup>3</sup> Dirección de Estadísticas e Información en Salud. Ministerio de Salud de la Nación 2013.

En la República Argentina hay un total de 40.091.359 habitantes, con una población total de mujeres adolescentes de 10 a 19 años de 6.846.343, según el censo de 2010.<sup>4</sup>

El índice de embarazo adolescente tiende a aumentar, ya que uno de cada seis nacimientos corresponde a mujeres de entre 15 y 19 años. (Nacimientos anuales: 600.000).<sup>5</sup>

En la provincia de Catamarca, estos indicadores vienen en baja en la franja etaria de 10 a 14 años, de cada 100.000 adolescentes el 2,03% registra un embarazo en el año 2012, mientras que en el año 2013 este porcentaje fue de 1,8%. En ese mismo año (2013) en la franja etaria que corresponde a las edades que van desde los 15 a los 19 años, la cifra asciende al 22,7%.<sup>6</sup>

Existe un alto porcentaje de partos institucionales, pero sigue habiendo una baja tasa de utilización de servicios para el control prenatal, siendo éste el factor más importante para la prevención de las complicaciones perinatales del embarazo.

Este puede verse afectado por diversos factores, tales como el socioeconómico, el cultural, y/o el biológico.

El presente trabajo tiene como objetivo determinar las características del control prenatal en adolescentes que asistieron al Servicio de Obstetricia del Mini Hospital Seccional Aconquija, departamento de Andalgalá.

---

<sup>4</sup> Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INDEC), Censo Nacional de Población, Hogares y Vivienda, Año 2010.

<sup>5</sup> Dirección de Estadísticas e Información en Salud. Ministerio de Salud de la Nación. 2013

<sup>6</sup> Departamento de Maternidad e Infancia. Ministerio de Salud de la Provincia de Catamarca. Año 2014.

## **PROBLEMA**

En la Argentina los embarazos en adolescentes representan una de las principales problemáticas actuales. Según cifras del último censo del año 2010 se registraron 758.042 nacidos vivos hijos de madres adolescentes.<sup>7</sup>

La educación sexual, la información y conocimientos colabora a prevenir los embarazos en adolescentes, una de las falencias del sistema de salud pública es la escasa promoción sobre la temática.

El embarazo en la adolescencia se presenta generalmente como un evento no programado, lo que puede determinar una actitud de rechazo, ocultamiento y un control prenatal tardío e insuficiente, el mismo puede verse afectado por diversos factores sociales, económicos y culturales.

En el nuevo modelo de atención prenatal de la OMS (2003) recomienda que todas las mujeres embarazadas deben realizar como mínimo cinco consultas prenatales.

El comienzo del Control Prenatal dentro de los tres primeros meses del embarazo (captación precoz), es de gran importancia ya que se promueve el desarrollo del embarazo dentro de la normalidad, evitando riesgos para la madre y su futuro hijo.

Ante todo lo expuesto la presente investigación pretende: ***Determinar las características del control prenatal en adolescentes que asistieron al Servicio de Obstetricia del Mini Hospital Seccional Aconquija, periodo mayo 2013 - mayo 2014.***

---

<sup>7</sup> Instituto Nacional de Estadísticas y Censo (INDEC), Censo Nacional de Población, Hogares y Vivienda. Año 2010.

## JUSTIFICACION

La Organización Mundial De La Salud (OMS) define como embarazo adolescente el que se produce en una madre de entre 10 a 19 años de edad.

El 30% de los embarazos en algunos países de América Latina ocurren antes de los 20 años. Siendo un problema prevalente tanto en el ámbito social como en la salud pública. La escasez o ausencia de controles prenatales se han relacionado con factores socioeconómicos, geográficos y educativos.

En la República Argentina, el embarazo en adolescentes representa el 15% del total de nacimientos, afectando este porcentaje a las adolescentes de sectores pobres y de bajo nivel de escolarización. De 758.042 nacimientos que se registran anualmente en el país, 114.500 corresponden a madres solteras.<sup>8</sup>

El índice de embarazos adolescentes tiende a aumentar en nuestro país. En el año 2001 el porcentaje de recién nacidos de madres adolescentes fue del 30,5%; en el año 2006 fue del 31,7% mientras que en el año 2011 fue del 35,3 %. La mayor cantidad de estos nacimientos se produjeron en el Gran Buenos Aires, Córdoba, y las cinco provincias del NEA (Formosa, Chaco, Corrientes, Misiones y Entre Ríos).<sup>9</sup>

En la provincia de Catamarca el nivel de madres adolescentes superó los tres puntos de la media nacional, la cual es del 15,4% en donde un 18,5% de los nacimientos correspondieron a menores de 20 años y de ellas, el 0,8% tiene menos de 15 años, según un informe producido por profesionales que trabajaron junto al Fondo de Población de las Naciones Unidas Argentina (UNFPA).<sup>10</sup>

El Mini Hospital - Seccional Aconquija - dependiente del Área N° 9, Departamento Andalgalá, se encuentra ubicado en el paraje el Lindero, sobre Ruta Provincial N°48 distante a cincuenta kilómetros de la cabecera departamental. Cuenta además con siete postas sanitarias donde se realizan los primeros auxilios

---

<sup>8</sup> Situación del Embarazo Adolescente en Argentina (UNICEF) julio de 2013.

<sup>9</sup> Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INDEC), Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas. Año 2010.

<sup>10</sup> Faur, Eleonor. Diario el Ancasti. Catamarca, Septiembre de 2014.

(toma de tensión arterial, curaciones, etc.), siendo la mayor afluencia de pacientes para la atención médica en el hospital.

El distrito Aconquija tiene una población de 3000 habitantes, según el último censo nacional, de los cuales 832 pertenecen a mujeres en edad fértil.

El grupo etario de adolescentes mujeres (10 a 19 años), es de 313<sup>11</sup>, observándose un aumento de los embarazos en comparación con años anteriores, además, se constata en historias clínicas, el inicio tardío en la consulta prenatal.

Por todo lo anteriormente expuesto, surge la necesidad de determinar las características del control prenatal en adolescentes, que asistieron a la consulta en el Servicio de Obstetricia del Mini Hospital Seccional Aconquija, justifican la realización de esta investigación la cual servirá para planificar intervenciones preventivas con embarazadas adolescentes y sus familias tendientes a conocer y concientizar sobre la importancia de un control prenatal precoz, periódico, completo y de amplia cobertura.

---

<sup>11</sup> Sección Estadísticas Mini Hospital Aconquija, Departamento Andalgala, Provincia de Catamarca. Año 2013-2014.



## **MARCO TEORICO**

La OMS define como adolescencia “al periodo de la vida en el cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida la independencia socio-económica”, fija sus límites entre los 10 y 19 años.

Fue considerada por un largo tiempo solo como un tránsito entre la niñez y la adultez sin que se le dedicara mayor preocupación. En la actualidad, el criterio predominante es que la adolescencia constituye un periodo de la vida donde ocurren una serie de cambios con rapidez vertiginosa, que se reflejan en la esfera anatomofisiológica, social y cultural.<sup>12</sup>

Por los matices según las diferentes edades, a la adolescencia se la puede dividir en tres etapas:

### **Adolescencia temprana (10 a 13 años)**

Biológicamente, es el periodo peri puberal, con grandes cambios corporales y funcionales como la menarca.

Psicológicamente el adolescente comienza a perder interés por los padres e inicia amistades básicamente con individuos del mismo sexo.

Intelectualmente aumentan sus habilidades cognitivas y sus fantasías; no controla sus impulsos y se plantea metas vocacionales irreales.

Personalmente se preocupa mucho por sus cambios corporales con grandes incertidumbres por su apariencia física.

### **Adolescencia media (14 a 16 años)**

Es la adolescencia propiamente dicha; cuando ha completado prácticamente su crecimiento y desarrollo somático.

Psicológicamente es el periodo de máxima relación con sus pares, compartiendo valores propios y conflictos con sus padres.

---

<sup>12</sup> Peláez M.J. Adolescencia y Juventud. Desafíos actuales. La Habana. Editorial Científico – Técnica, 2003. Pág. 125.

Para muchos, es la edad promedio de inicio de experiencia y actividad sexual; se sienten invulnerables y asumen conductas omnipotentes casi siempre generadoras de riesgo.

Muy preocupados por su apariencia física, pretenden poseer un cuerpo más atractivo y se manifiestan fascinados con la moda.

### **Adolescencia tardía (17 a 19 años)**

No presentan cambios físicos y aceptan su imagen corporal; se acercan nuevamente a sus padres y sus valores presentan una perspectiva más adulta; adquieren mayor importancia las relaciones íntimas y el grupo de pares va perdiendo jerarquía; desarrollan su propio sistema de valores con metas vocacionales reales.

Es importante conocer las características de estas etapas de la adolescencia, por las que todos pasan con sus variaciones individuales y culturales, para interpretar actitudes y comprender a los adolescentes especialmente durante un embarazo.

### **Embarazo en adolescencia**

Se lo define como el que ocurre dentro de los dos años de edad ginecológica, entendiéndose por tal al tiempo transcurrido desde la menarca, y/o cuando la adolescente es aun dependiente de su núcleo familiar de origen.

El embarazo a cualquier edad constituye un hecho biopsicosocial muy importante pero durante la adolescencia conduce a una serie de situaciones que pueden atentar contra la salud de la madre como la del hijo, por lo que constituye un problema que no debe ser considerado solamente en términos del presente, sino también del futuro por las complicaciones que genera.

Afecta a todos los estratos sociales, pero predomina en los sectores más pobres de nuestra sociedad, en parte debido a la falta de educación sexual, y al desconocimiento de los métodos de control de la natalidad.

La gestación irrumpe en la vida de las adolescentes en momentos en que todavía no alcanzan su madurez física y mental, por lo que aumenta el riesgo de padecer un daño, tanto para la madre como para su hijo.

### **Consideraciones psicosociales para el aumento de los embarazos adolescentes**

El comportamiento sexual humano es variable y depende de las normas culturales y sociales especialmente en la adolescencia, pudiendo clasificar a las sociedades humanas de la siguiente manera.

**Sociedad represiva:** niega la sexualidad, considerando al sexo como un área peligrosa en la conducta humana. Considera una virtud la sexualidad inactiva, aceptándola solo con fines procreativos. Las manifestaciones de la sexualidad pasan a ser fuentes de temor, angustia y culpa, enfatizando y fomentando la castidad prematrimonial.

**Sociedad restrictiva:** tiene tendencia a limitar la sexualidad, separando tempranamente a los niños por su sexo. Se aconseja la castidad prematrimonial, otorgando al varón cierta libertad. Presenta ambivalencia respecto al sexo, siendo la más común de las sociedades en el mundo.

**Sociedad permisiva:** tolera ampliamente la sexualidad, con algunas prohibiciones formales (la homosexualidad). Permite las relaciones sexuales entre adolescentes y el sexo prematrimonial. Es un tipo social común en países desarrollados.

**Sociedad alentadora:** para la cual el sexo es importante y vital para la felicidad, considerando que el inicio precoz del desarrollo de la sexualidad favorece una sana maduración del individuo. La pubertad es celebrada con rituales religiosos y con instrucción sexual formal. La insatisfacción sexual no se tolera y hasta es causal de separación de parejas.

### **Factores predisponentes del embarazo adolescente**

- 1) **Menarca temprana:** otorga madurez reproductiva cuando todavía la adolescente no maneja las situaciones de riesgo.

- 2) **Inicio precoz de relaciones sexuales:** cuando aún la adolescente no tiene la madurez emocional necesaria para implementar una adecuada prevención.
- 3) **Familia disfuncional uniparentales o con conductas promiscuas,** que ponen de manifiesto la necesidad de protección de una familia continente, con buen dialogo padres e hijos. Su ausencia genera carencias afectivas que la adolescente no sabe resolver, impulsándola a relaciones sexuales que tiene mucho más de sometimiento para recibir afecto, que vinculo genuino de amor.
- 4) **Mayor tolerancia del medio a la maternidad adolescente y/o sola (sin pareja).**
- 5) **Bajo nivel educativo,** sociocultural y la ausencia de interés en general, cuando hay un proyecto de vida que prioriza alcanzar un determinado nivel educativo y posponer la maternidad para la edad adulta, es más probable que la adolescente aun teniendo relaciones sexuales, adopte una prevención efectiva del embarazo.
- 6) **Migraciones recientes:** con pérdida del vínculo familiar. Ponen a las adolescentes en situaciones de riesgo debido al aislamiento en el cual se encuentran. Se suma a este factor muchas veces el bajo nivel educativo.
- 7) **Pensamientos mágicos:** propios de esta etapa de la vida, que las lleva a creer que no se embarazan porque no lo desean.
- 8) **Fantasías de esterilidad:** comienzan sus relaciones sexuales sin cuidados y, como no se embarazan por casualidad piensan que son estériles.
- 9) **Falta o distorsión de la información:** es común que entre adolescentes circulen “mitos” como: solo se embaraza si tiene orgasmo, o cuando se es más grande, o cuando lo hace con menstruación, o cuando no hay penetración completa, etc.
- 10) **Controversias entre su sistema de valores y el de sus padres:** cuando en la familia hay una severa censura hacia las relaciones sexuales entre adolescentes, muchas veces las tienen por rebeldía, y a la vez, como una

forma de negarse a sí mismos que tiene relaciones no implementan medidas anticonceptivas.

- 11) **Factores socioculturales:** la evidencia del cambio de costumbres derivado de una nueva libertad sexual, que se da por igual en los diferentes niveles socioeconómicos.

## **Aspectos psicológicos del embarazo en las adolescentes**

### **a. El embarazo en las adolescentes**

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. Las madres adolescentes pertenecen a sectores sociales más desprotegidos y en las circunstancias en que ellas crecen, su adolescencia tiene características particulares.<sup>13</sup>

Si atendemos a la dinámica familiar en la que se desarrolla esta población vulnerable, en sus historias suele aparecer una secuencia de figuras masculinas “paternas” que se alternan a lo largo del tiempo. Aun cuando se trate de su padre biológico, estas figuras paternas suelen omitir ejerciendo un rol ordenador y afectivo, privándolas de la confianza y seguridad en el sexo opuesto, observando vínculos donde la violencia forma parte de la rutina, donde las niñas suelen repetir las historias vitales de sus propias madres. Por temor a perder lo que creen tener o en la búsqueda de afecto, se someten a relaciones con parejas que las superan ampliamente en edad y las maltratan.

Los modelos familiares logran ejercer una influencia inestimable en la adquisición de patrones de conducta relacionados, entre otras, con la salud reproductiva. Como consecuencia de la falta de atención, contención y afecto que padecen, sin tener en cuenta el lugar que ocupan, solas, sin inserción familiar, son hasta maltratadas o caen en una condición de abandono. En la calle, buscan un lazo afectivo que les de alguna razón para estar vivas. Ilusoriamente, creen que lo único que puede compensar ese vacío afectivo es dar a luz y criar a un hijo.

---

<sup>13</sup> Bianco M. y Correa C. La Adolescencia en Argentina, Sexualidad y Pobreza. Buenos Aires; Fundación para el Estudio e Investigación de la Mujer (FEIM); 2003.

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.

El despertar sexual suele ser precoz y muy importante en sus vidas carentes de otros intereses, con escolaridad pobre, sin proyectos (laborales, de uso del tiempo libre, de estudio) con modelos familiares de iniciación sexual precoz; por estimulación de los medios. Inician a muy corta edad sus relaciones sexuales con chicos muy jóvenes, con muy escasa comunicación verbal y predominio del lenguaje corporal. Tienen relaciones sexuales sin protección contra enfermedades de transmisión sexual buscando a través de sus fantasías, el amor que compense sus carencias.<sup>14</sup>

#### **b. Actitudes hacia la maternidad**

El embarazo en la adolescente es una crisis que se sobre impone a la crisis de la adolescencia. Comprende profundos cambios somáticos y psicosociales con incremento de la emotividad y acentuación de conflictos no resueltos anteriormente.

Generalmente no es planificado, por lo que la adolescente puede adoptar diferentes actitudes que dependerán de su historia personal, del contexto familiar y social pero mayormente de la etapa de la adolescencia en que se encuentre.

En la adolescencia temprana, con menos de 14 años el impacto del embarazo se suma al del desarrollo puberal.

Se exacerban los temores por los dolores del parto, se preocupan más por sus necesidades personales que no piensan en el embarazo como un hecho que las transformará en madres. Se vuelven muy dependientes de su propia madre, sin lugar para una pareja aunque ella exista realmente. No identifican a su hijo como un ser independiente de ellas y no asumen su crianza, la que queda a cargo de los abuelos.

---

<sup>14</sup> Bianco M y Correa C. La Adolescencia en Argentina Sexualidad y Pobreza. Buenos Aires; Fundación para el Estudio e Investigación de la Mujer (FEIM); 2003.

En la adolescencia media, entre los 14 y 16 años, como ya tiene establecida la identidad del género, el embarazo se relaciona con la expresión del erotismo, manifestando en la vestimenta que suelen usar, exhibiendo su abdomen gestante.

Es muy común que dramaticen la experiencia corporal y emocional, haciéndola sentirse posesiva del feto, utilizado como instrumento poderoso que le afirme su independencia de los padres. Frecuentemente oscilan entre la euforia y la depresión. Temen los dolores del parto pero también temen por la salud del hijo, adoptando actitudes de autocuidado hacia su salud y la de su hijo. Desempeñan un buen rol maternal, siendo muy importante para ellas la presencia de un compañero. Si el padre del bebe la abandona, es frecuente que inmediatamente constituya otra pareja aun durante el embarazo.

En la adolescencia tardía, luego de los 18 años es frecuente que el embarazo sea el elemento que faltaba para consolidar su identidad y formalizar una pareja. La crianza del hijo por lo general no tiene muchos inconvenientes.

### **Atención integral de la adolescente**

Las adolescentes embarazadas son menos proclives a concurrir a los centros de salud para el control prenatal que las embarazadas adultas. Este comportamiento estaría relacionado, en parte con la información y la actitud de las adolescentes hacia el embarazo (negación del embarazo, dificultad a informar a la familia, etc.).

También influyen las razones económicas y la dificultad de accesos a los centros de atención.

El tipo de atención que se debe brindar a la adolescente embarazada no difiere en general de la atención prenatal que deben recibir las adultas embarazadas, ya que el embarazo de la adolescente no es de por sí de alto riesgo, salvo a edades límites (12 a 14 años), o cuando a la variable edad se le suman los factores de riesgo.

Sin embargo, es conveniente atender a las adolescentes en un programa especial, con un abordaje integral interdisciplinario, brindando un apoyo

psicológico adecuado, una educación específica para futuras madres adolescentes.

El control prenatal es el factor más importante para la prevención de las complicaciones perinatales del embarazo en la adolescencia, las cuales entrañan un riesgo de muerte superior a la media. Por este motivo, la atención de las adolescentes con enfoques de riesgo suele ser una adecuada estrategia, ya que tiene en cuenta tanto los factores protectores biopsicosociales que pueden permitir a la embarazada quedar en la zona de bajo riesgo, como los factores de riesgo, los cuales pueden ocasionar un pasaje a la zona de alto riesgo. Este enfoque permite instrumentar acciones preventivas y abarca todos los aspectos que hacen al individuo.

Los factores protectores son, una familia continente, el dialogo fluido con un referente adulto, un rendimiento escolar satisfactorio, el grupo de pares con conductas saludables, etc.

Los factores de riesgo deben ser sistemáticamente buscados en la entrevista con la adolescente, para mayor claridad los dividiremos en psicosociales y biológicos, aunque en la realidad se presentan siempre asociados.

- ✓ Como factores psicosociales de riesgo en el embarazo de la adolescente, podemos citar la asincronía madurativa físico- emocional, la baja autoestima, el bajo nivel de instrucción, el trabajo no calificado, la ausencia de intereses, las condiciones económicas desfavorables y el difícil acceso a los centros de salud.
- ✓ Los factores de riesgo biológicos son la edad cronológica igual o menor de 14 años y/o edad ginecológica igual o menor a un año, peso inferior a 45 kg y/o talla inferior a 1,45m , estado nutricional deficiente, hábitos alimentarios inadecuados, consumo de tabaco y otras sustancias toxicas, etc.



### **Atención específica de la adolescente embarazada**

Cuando se tiene una entrevista con una embarazada que está transitando, sobre todo, por la adolescencia temprana o media, se debe tener en cuenta que ella se comportara como una adolescente de esa edad.

Por este motivo, hay que conocer las características que la diferencian de la adulta.

- La adolescente tiene poca conciencia de salud, y por lo tanto le resulta muy difícil asumir un autocuidado y un control regular de su embarazo. No comprende la importancia de realizar los estudios complementarios; es imprescindible explicarle cuidadosamente para que se le pide cada estudio y como se lo va a realizar.
- No ha elaborado aun la identidad de género, si no puede comprender lo que es ser mujer, menos aún puede entender el significado de tener un hijo. El embarazo en la adolescencia es una crisis vital que se sobre impone a la crisis de la adolescencia. Abarca profundos cambios somáticos y psicosociales, con un incremento de la emotividad, la acentuación de conflictos no resueltos en etapas anteriores o la idealización de la maternidad.
- Una de las características de la niñez y la adolescencia temprana y media es el pensamiento mágico, el convencimiento de que las cosas van a ocurrir o no según sus deseos. El profesional debe estar atento para evitar que se produzcan circunstancias que la pongan en riesgo a ella y/o a su hijo.
- Todos los adolescentes a esta edad tienen gran temor a los procedimientos invasivos, por lo tanto habrá que dar explicaciones detalladas sobre lo que va a pasar durante el embarazo y el parto.
- Dificultad para establecer el vínculo con su hijo, incapacidad para discriminarse del bebe, lo que las lleva muchas veces a establecer vínculos simbióticos con él, luego a sentirse ahogadas y como consecuencia descuidar o maltratar a su hijo.

- Priorizan su demanda sobre las necesidades del niño y tienen poca tolerancia a la frustración. En la adolescencia temprana, el foco de preocupación es el propio cuerpo y la separación de la madre.
- Durante la adolescencia media se destaca el afianzamiento de la propia identidad, de la femineidad. Es característica la competencia con la madre. A menudo, el embarazo se relaciona con la expresión de erotismo. Es común una gran variación del estado anímico que oscila entre la depresión y la euforia.
- Hay una situación muy frecuente que se repite bajo las circunstancias más variadas, el embarazo se produce en algún momento de la ambivalencia dependencia/ independencia frente a los padres y por ende crea un gran conflicto entre el deseo de ser objeto de amor materno y el de ser madre, teniendo así la oportunidad de revivir el pasado de un modo distinto.

## **CONTROL PRENATAL**

Se entiende por control prenatal a la serie de contactos, entrevistas, o visitas programadas de la embarazada con integrante del equipo de salud, con el objetivo de vigilar la evolución del embarazo y obtener una adecuada preparación para el parto y la crianza.

### **Con el control prenatal se persigue:**

- ✓ La detección de enfermedades maternas subclínicas.
- ✓ La prevención, diagnóstico temprano y tratamiento de las complicaciones del embarazo.
- ✓ La vigilancia del crecimiento y la vitalidad fetal.
- ✓ La disminución de las molestias y síntomas menores asociados al embarazo.
- ✓ La preparación psicofísica para el nacimiento.

- ✓ La administración de contenidos educativos para la salud, la familia y la crianza.

**El control prenatal eficiente debe cumplir con cuatro requisitos básicos:**

- 1. Precoz:** tratando que sea en el primer trimestre de la gestación. Esto permite la ejecución oportuna de las acciones de fomento, protección y recuperación de la salud que constituye la razón fundamental del control prenatal. Además sería 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.
- 2. Periódico:** la frecuencia de los controles prenatales varía según el riesgo que presenta la embarazada. Las de bajo riesgo requieren un número menor de controles de alto riesgo.
- 3. Completo:** los contenidos mínimos del control prenatal deberán garantizar el cumplimiento efectivo de las acciones de fomento, protección, recuperación y rehabilitación de la salud.
- 4. De amplia cobertura:** solo en la medida que el porcentaje de la población controlada sea alto (lo ideal es que abarque a todas las embarazadas) se podrán disminuir las tasas de morbilidad materna y perinatal.

En general, para realizar un control prenatal efectivo, de por si ambulatorio no se precisan instalaciones costosas, aparatos complicados, ni laboratorios sofisticados, pero si se requiere el uso sistemático de una historia clínica que recoja y documente la información pertinente, y el empleo de tecnología sensibles que enuncien tempranamente la existencia de un riesgo mayor que el esperado.

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

Es importante que la embarazada comience su control prenatal en el primer trimestre, es decir que la falta de menstruación durante dos periodos consecutivos concorra al servicio de salud.

El comienzo del control prenatal en los tres primeros meses de embarazo (captación precoz) es de gran importancia, ya que pueden garantizar que el desarrollo del embarazo sea dentro de la normalidad, evitando riesgos para la madre y su futuro hijo.

Además de la captación precoz se requiere que los controles subsiguientes se realicen en forma periódica.

**En embarazadas de bajo riesgo la frecuencia del control prenatal es:**

- ✓ Una vez por mes hasta el sexto mes.
- ✓ Una vez cada quince días en el séptimo y octavo mes.
- ✓ Una vez por semana hasta el nacimiento.

Lo mínimo son cinco controles prenatales, según normas del ministerio de salud pública.

Aplicando en forma rutinaria y extensiva, conjuntamente con otras medidas de salud pública como la atención institucional del nacimiento, el empleo de criterios de riesgo para determinar referencias, niveles de asistencia y la atención inmediata de los recién nacidos; contribuye a evitar muertes maternas y perinatales. Además de la reducción de algunos puntos de la tasa de mortalidad perinatal y materna que pueden lograrse por la inclusión del control prenatal extensivo en los programas maternos infantiles, hay posibles efectos adicionales de impacto difíciles de medir pero no menos importantes.

Alejar las dudas de las gestantes, despejar los miedos y tabúes, lograr mayor acercamiento y confianza hacia el sistema de salud, una actitud más positiva hacia la maternidad, hacia el espaciamiento de los hijos y mejoramiento de los hábitos de vida familiar, mejor disposición para el control de crecimiento y desarrollo uterino del niño, fomentar la actitud hacia la lactancia natural, dar a conocer el plan de vacunación, son ejemplos de beneficios colaterales.

**Son barreras para el control prenatal efectivo:**

- ✓ Su costo, cuando no es gratuito para la usuaria a esto hay que agregar gastos de transporte, pérdidas de horas laborales entre otras.

- ✓ La inadecuada capacidad del sistema de salud.
- ✓ Problemas en la organización, en la práctica y hasta en la atmosfera con que se brinda el control.
- ✓ Barreras de orden cultural.
- ✓ Accesibilidad geográfica.
- ✓ Descreimiento en las bondades del sistema de salud y en la necesidad del control.

### **Actividades Propuestas para las Consultas Prenatales**

La primera consulta permite confirmar el diagnostico de embarazo, evaluar el estado general, favorecer la lactancia, descartar patologías y en función de lo antes dicho, de los hallazgos clínicos, los factores socio – culturales y sanitarios, determinar una calificación primaria de riesgo, para poder así definir el tipo de cuidado requerido y el nivel apropiado de asistencia. Se puede en esta primera consulta, investigar algunos factores de riesgo (como antecedentes de feto muerto o de recién nacido de bajo peso, la gran multiparidad, el analfabetismo, etc.).

Estos datos se registran en la sección prenatal del registro básico de salud perinatal y pediátrica elaborado por el Ministerio de Salud Pública como así también, datos del examen clínico y del laboratorio.

### **En forma detallada este control comprende:**

#### **Acciones generales:**

- ✓ Abrir la historia clínica en la cual se registra: nombre y apellido, domicilio (es interesante precisar la distancia que existe desde el domicilio de la paciente hasta el hospital) edad (dato importante a tener en cuenta ya que el parto suele evolucionar de forma distinta en primíparas añosas o en adolescentes), información sobre las condiciones de vida, actividad laboral, situación económica y cultural de la embarazada (unas condiciones de pobreza extrema, aislamiento o la ausencia de soporte social aumentan netamente las complicaciones obstétricas y el índice de

prematuridad), trayectos habituales que ha de realizar la gestante, duración de los mismos y medios de transporte utilizados.

**Antecedentes personales**(antecedentes generales): se investigara si la propia paciente nació a termino o fue prematura, el tipo de lactancia que recibió, enfermedades de la primera infancia (rubeola, varicela) y vacunaciones a esa primera edad, enfermedad cardiacas, enfermedad renal o urológica, diabetes mellitus, endocrinopatías, enfermedades hematológicas, neurológicas, aneurismas cerebrales, epilepsia, enfermedades psiquiátricas, respiratorias (crónicas), hepáticas, alergias conocidas a medicamentos o de otro tipo, antecedentes quirúrgicos sobre todo las intervenciones del aparato genital, así como transfusiones sanguíneas recibidas, vacunas (especial atención a vacunación del tétanos y rubeola), hábitos tóxicos (alcohol, tabaco, drogas).

**Antecedentes reproductivos:** historia menstrual, edad de la menarca, alteraciones menstruales (dismenorreas e intensidad de las reglas), irregularidad o no en las menstruaciones previas al embarazo, practicas de anticoncepción tipo y tiempo utilizados, tolerancia, fecha en que se ha interrumpido.

**Antecedentes obstétricos:** paridad expresado por una cifra de tres dígitos (número de gestaciones/ número de abortos/ número de partos) o cuatro (gestaciones/abortos/partos/vivos), embarazos previos (fecha y lugar donde fueron asistidos, duración y características de los mismos) tipo de parto (espontaneo, instrumental o cesárea), peso al nacer, sexo y estado actual de los niños, edad gestacional en el momento del parto (si hubo partos prematuros se precisara la semana y el peso de los fetos), alumbramientos, lactancia de partos anteriores señalando si fue natural y si existió un buen desarrollo ponderal, puerperio. Se anotara el número de abortos y las características de los mismos (semana gestacional, tipo de aborto, y si se presentaron complicaciones), embarazos extrauterino (número, localización y tratamiento realizado).

**Acciones específicas:**

**En la primera consulta se debe hacer un examen físico general que incluya:**

- ✓ Control de peso, talla, pulso y presión arterial.
- ✓ Anamnesis del presente embarazo, incluyendo la fecha de la última menstruación, detectar la aparición de los movimientos fetales o la presencia y desaparición de los mismos, hemorragias, amenazas de parto prematuro, infección urinaria o elementos de toxemia gravídica.
- ✓ Cálculo de la fecha probable de parto.
- ✓ Examen clínico general.
- ✓ Examen clínico obstétrico.
- ✓ Medición de la altura uterina con cinta métrica.
- ✓ Auscultación de latidos cardíacos fetales.
- ✓ Diagnóstico de la presentación fetal después de las 32 semanas.
- ✓ Exámenes de las regiones lumbares en busca de signos de infección urinaria.
- ✓ Tacto genital (cuando corresponda).
- ✓ Análisis de laboratorio: hemograma, glucemia, reacciones serológicas para sífilis, HIV, Chagas, hepatitis B, grupo sanguíneo y factor Rh, orina completa, huddleson.
- ✓ Reacción para la detección de sífilis en el tercer trimestre.
- ✓ Vacuna antitetánica luego del cuarto mes de embarazo.

Consultas siguientes o ulteriores están dirigidas a controlar los cambios fisiológicos que el proceso de la reproducción ejerce sobre el binomio feto-materno. Se trata de pesquisar complicaciones (gestosis, diabetes gestacional), alteraciones del crecimiento intrauterino.

Las últimas consultas deben tender a evaluar los riesgos del parto: proporción pélvico cefálica, etc. y a realizar la preparación psicofísica para la maternidad.

En cada oportunidad se evaluara el riesgo, intentando elevar el nivel de alarma de la embarazada y su familia sobre problemas agudos, hemorragias en general, cefaleas, edemas, ardor al orinar, fiebre, rotura prematura de membranas, contractilidad uterina aumentada, etc. con el objeto de que puedan concurrir al nivel de atención adecuado en el menor tiempo posible.

Consultas tardías o insuficientes debidas a analfabetismo, adolescencia, mujer soltera y sola, grandes multíparas, residencia alejada, ingresos insuficientes incrementan el riesgo de tener un resultado no deseado.



## **OBJETIVOS**

### **OBJETIVO GENERAL**

- ✚ Determinar las características del control prenatal en adolescentes que asistieron al Servicio de Obstetricia del Mini Hospital Seccional Aconquija, departamento de Andalgalá, periodo mayo de 2013 - mayo 2014.

### **OBJETIVOS ESPECIFICOS**

- ✚ Caracterizar a las embarazadas según edad, nivel de instrucción, estado civil y accesibilidad geográfica.
- ✚ Investigar los antecedentes obstétricos según paridad.
- ✚ Conocer si el control prenatal fue precoz y periódico según edad gestacional al 1º CPN y número de controles.

## **DISEÑO METODOLOGICO**

**Tipo de estudio:** descriptivo, cuantitativo, retrospectivo de corte trasversal.

**Unidad de análisis:** embarazadas adolescentes que realizaron su control prenatal en el mini hospital seccional Aconquija, en el periodo mayo de 2013 - mayo 2014.

### **Universo**

- + **De personas:** embarazadas adolescentes (n= 35).
- + **De lugar:** Mini Hospital Seccional Aconquija.
- + **De tiempo:** mayo 2013 - mayo 2014 (Ver Anexo II).

**Técnica e instrumento de recolección de datos:** se utilizó una planilla diseñada para tal fin, en donde se registraron los datos obtenidos de las Historias Clínicas (fuente de datos secundarias).

**Análisis y presentación de datos:** los datos recolectados son representados en tablas y gráficos utilizando valores absolutos y relativos.

## OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES

VARIABLE	CONCEPTO	INDICADORES	
<b>SOCIODEMOGRAFICAS</b>	Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el momento del 1º CPN	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 10 a 13 años</li> <li>● 14 a 16 años</li> <li>● 17 a 19 años</li> </ul>
	Accesibilidad geográfica al centro de salud	Distancia en kilómetros desde su domicilio al centro de salud	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Accesible hasta 10 kilómetros</li> <li>● Inaccesible más de 10 kilómetros</li> </ul>
	Nivel de instrucción	Nivel de estudios máximos alcanzados al momento del 1º CPN	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Analfabeta</li> <li>● Primaria completa</li> <li>● Primaria incompleta</li> <li>● Secundaria completa</li> <li>● Secundaria incompleta</li> <li>● Universitario</li> </ul>
	Estado civil	Se consignara el estado civil de la adolescente al momento del 1º CPN	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Soltera</li> <li>● Unión estable</li> <li>● Casada</li> </ul>
<b>CONTROL PRENATAL</b>	Inicio del control prenatal	Edad Gestacional al momento del 1º CPN	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Primer trimestre</li> <li>● Segundo trimestre</li> <li>● Tercer trimestre</li> <li>● No se controló</li> </ul>
	Antecedentes obstétricos	Paridad al momento del 1º CPN	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Primigestas</li> <li>● Multigestas</li> </ul>
	Periodicidad	Numero de controles prenatales al momento del parto	<ul style="list-style-type: none"> <li>● No se controló</li> <li>● Menos de 5 controles</li> <li>● 5 controles o mas</li> </ul>

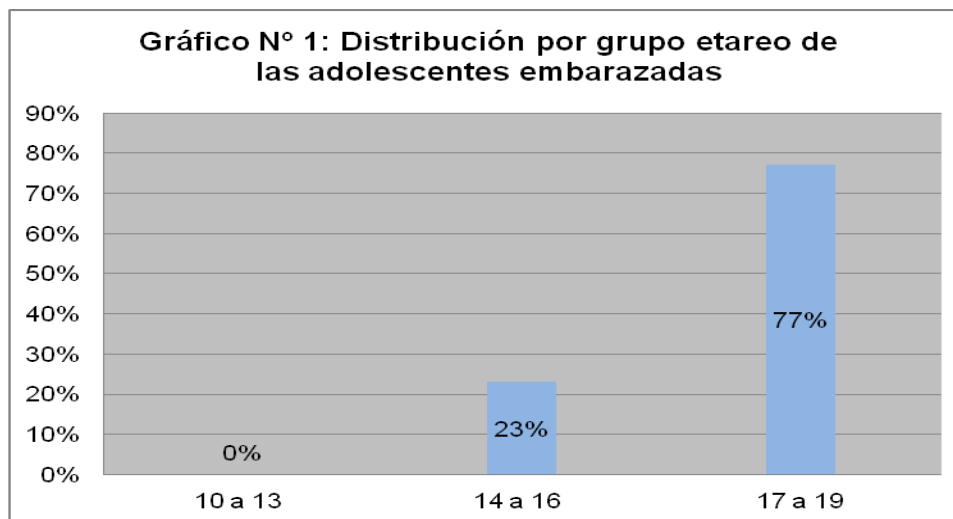
## RESULTADOS

Se analizaron un total de 35 historias clínicas, de embarazadas que realizaron su control prenatal en el mini hospital seccional Aconquija; departamento Andalgalá, provincia de Catamarca. Periodo mayo de 2013 – mayo 2014.

**Tabla N° 1:** Distribución por grupo etareo de las adolescentes embarazadas. Servicio de Obstetricia del Mini Hospital Seccional Aconquija, departamento de Andalgalá, periodo mayo de 2013 - mayo 2014.

Edad	Frecuencia	
	Absoluta	Relativa
10 a 13	0	0%
14 a 16	8	23%
17 a 19	27	77%
Total	35	100%

Fuente: Historia Clínica Perinatal. Mini Hospital Secc. Aconquija



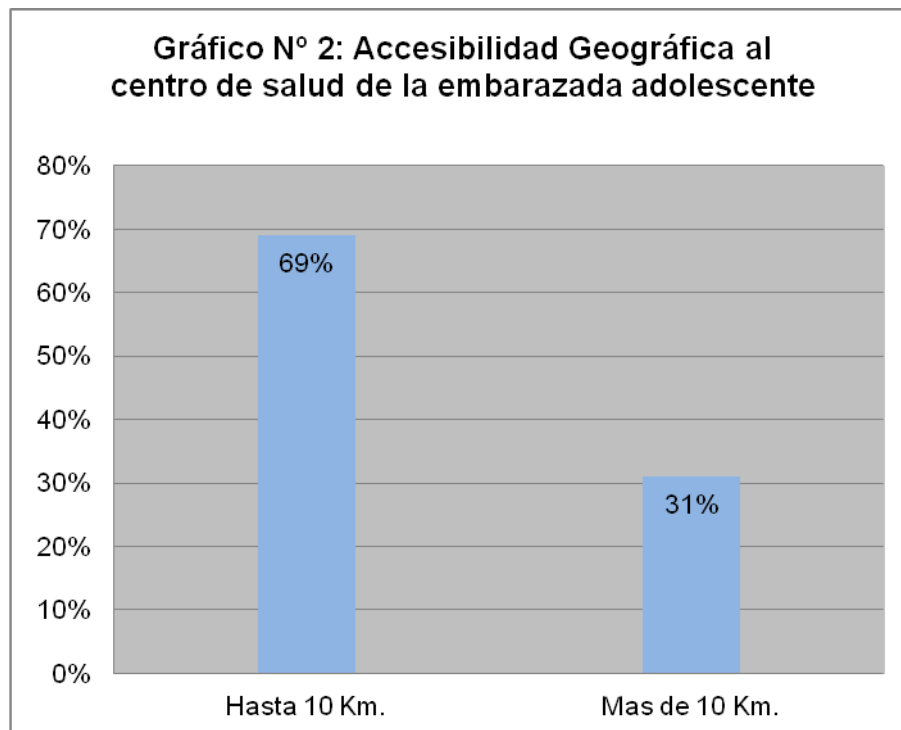
Fuente: Historia Clínica Perinatal. Mini Hospital Secc. Aconquija

Se observó que la franja etarea de 17 a 19 años represento el grupo de mayor frecuencia con un 77%, siguiendo en orden descendente las adolescentes comprendidas entre 14 a 16 años con un 23%.

**Tabla N° 2:** Accesibilidad Geográfica al centro de salud de la embarazada adolescente. Servicio de Obstetricia del Mini Hospital Seccional Aconquija, departamento de Andalgalá, periodo mayo de 2013 - mayo 2014.

Accesibilidad	Frecuencia	
	Absoluta	Relativa
Hasta 10 Km.	24	69%
Más de 10 Km.	11	31%
Total	35	100%

Fuente: Historia Clínica Perinatal. Mini Hospital Secc. Aconquija



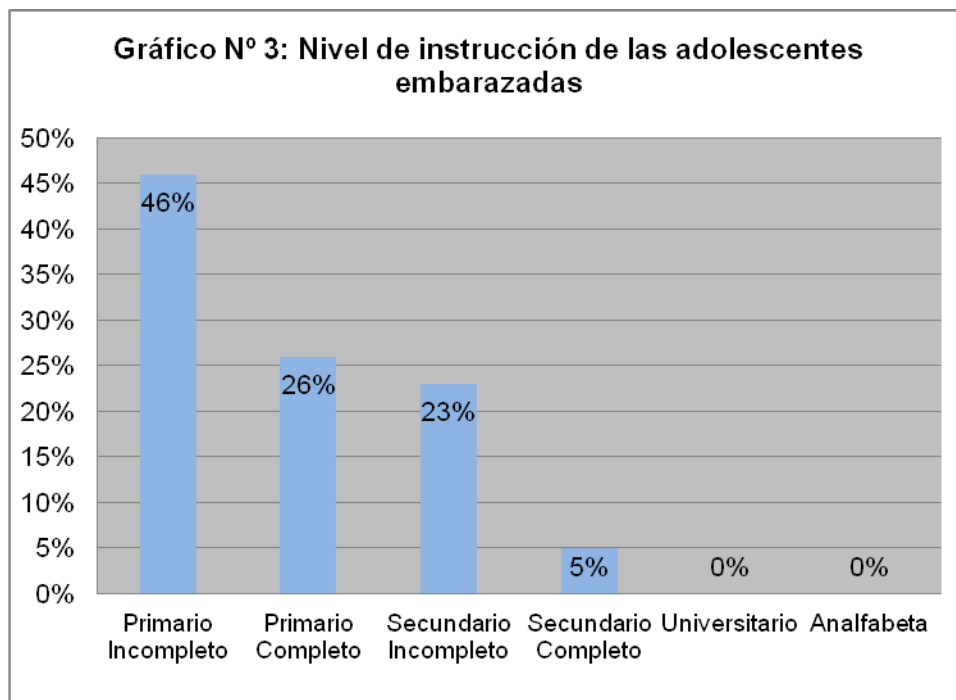
Fuente: Historia Clínica Perinatal. Mini Hospital Secc. Aconquija

Según la Accesibilidad Geográfica al centro de salud al 69 %, les resulto accesible llegar al control prenatal en dicho nosocomio. Y solo un 31% les resulta inaccesible.

**Tabla N° 3:** Nivel de instrucción de las adolescentes embarazadas. Servicio de Obstetricia del Mini Hospital Seccional Aconquija, departamento de Andalgalá, periodo mayo de 2013 - mayo 2014.

Nivel de instrucción	Frecuencia	
	Absoluta	Relativa
Primario Incompleto	16	46%
Primario Completo	9	26%
Secundario Incompleto	8	23%
Secundario Completo	2	5%
Universitario	0	0%
Analfabeta	0	0%
Total	35	100%

Fuente: Historia Clínica Perinatal. Mini Hospital Secc. Aconquija



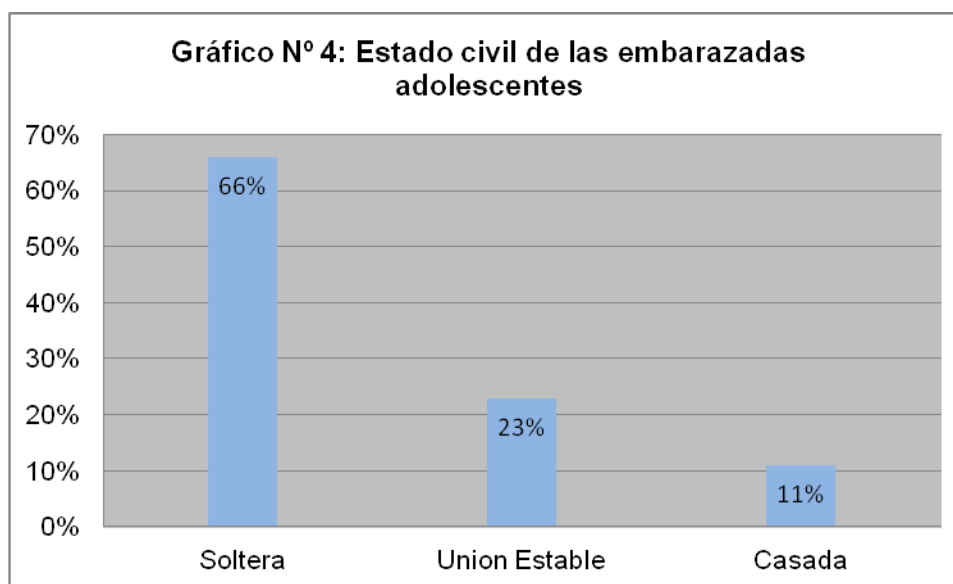
Fuente: Historia Clínica Perinatal. Mini Hospital Secc. Aconquija.

Según el nivel de instrucción, se identificó que un 46% no termino el nivel primario. Un 23% alcanzo el nivel secundario incompleto y solamente un 5 % logro el nivel secundario completo. Se observó que no hay registro adolescentes universitarias ni analfabetas.

**Tabla N°4:** Estado civil de las embarazadas adolescentes. Servicio de Obstetricia del Mini Hospital Seccional Aconquija, departamento de Andalgalá, periodo mayo de 2013 - mayo 2014.

Estado Civil	Frecuencia	
	Absoluta	Relativa
Soltera	23	66%
Unión Estable	8	23%
Casada	4	11%
Total	35	100%

Fuente: Historia Clínica Perinatal. Mini Hospital Secc. Aconquija



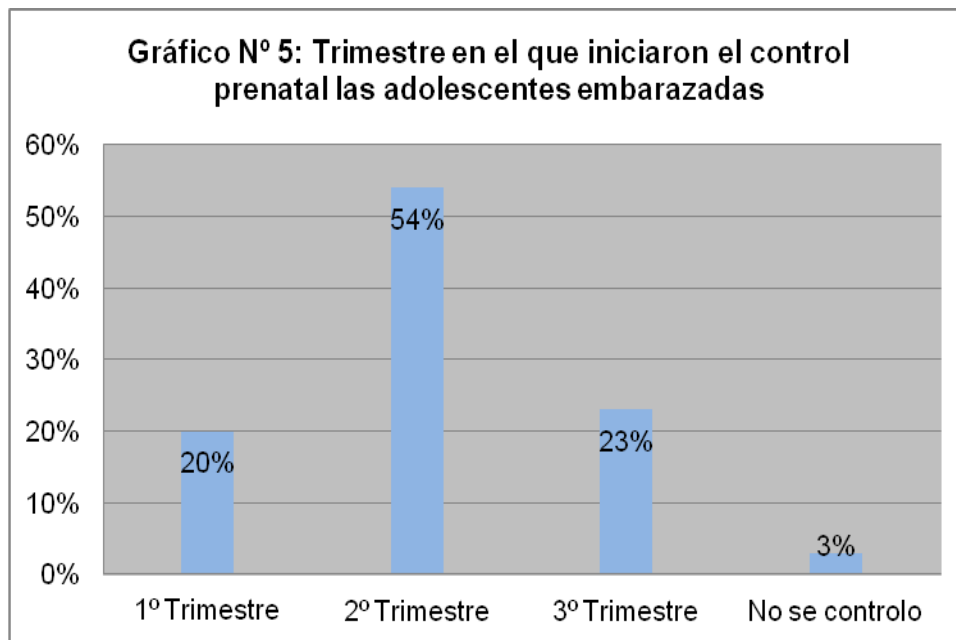
Fuente: Historia Clínica Perinatal. Mini Hospital Secc. Aconquija

En cuanto al estado civil se observó que un 66% eran solteras, y solamente un 11% casadas.

**Tabla N°5:** Trimestre en el que iniciaron el control prenatal las adolescentes embarazadas. Servicio de Obstetricia del Mini Hospital Seccional Aconquija, departamento de Andalgalá, periodo mayo de 2013 - mayo 2014.

Inicio del Control Prenatal	Frecuencia	
	Absoluta	Relativa
1º Trimestre	7	20%
2º Trimestre	19	54%
3º Trimestre	8	23%
No se controló	1	3%
Total	35	100%

Fuente: Historia Clínica Perinatal. Mini Hospital Secc. Aconquija



Fuente: Historia Clínica Perinatal. Mini Hospital Secc. Aconquija

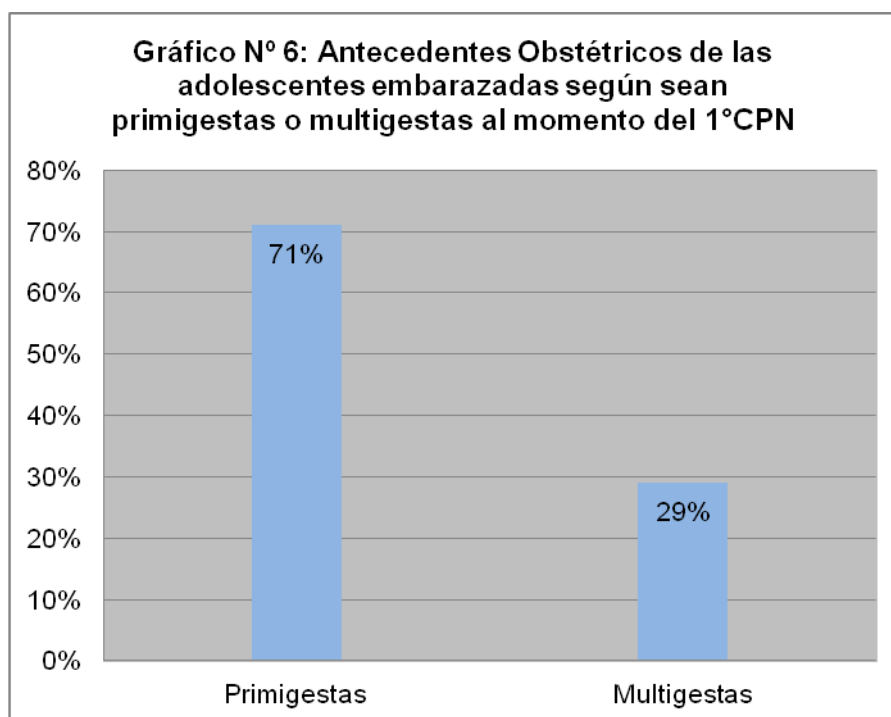
Según el trimestre en que concurren por primera vez al Control Prenatal, se obtuvo que un 54% lo realizó en el segundo trimestre, un 20% en el primer trimestre, y solo un 3% no concurre a ningún control.



**Tabla N° 6:** Antecedentes Obstétricos de las adolescentes embarazadas según sean primigestas o multigestas al momento del 1°CPN. Servicio de Obstetricia del Mini Hospital Seccional Aconquija, departamento de Andalgalá, periodo mayo de 2013 - mayo 2014.

Antecedentes Obstétricos	Frecuencia	
	Absoluta	Relativa
Primigestas	25	71%
Multigestas	10	29%
Total	35	100%

Fuente: Historia Clínica Perinatal. Mini Hospital Secc. Aconquija



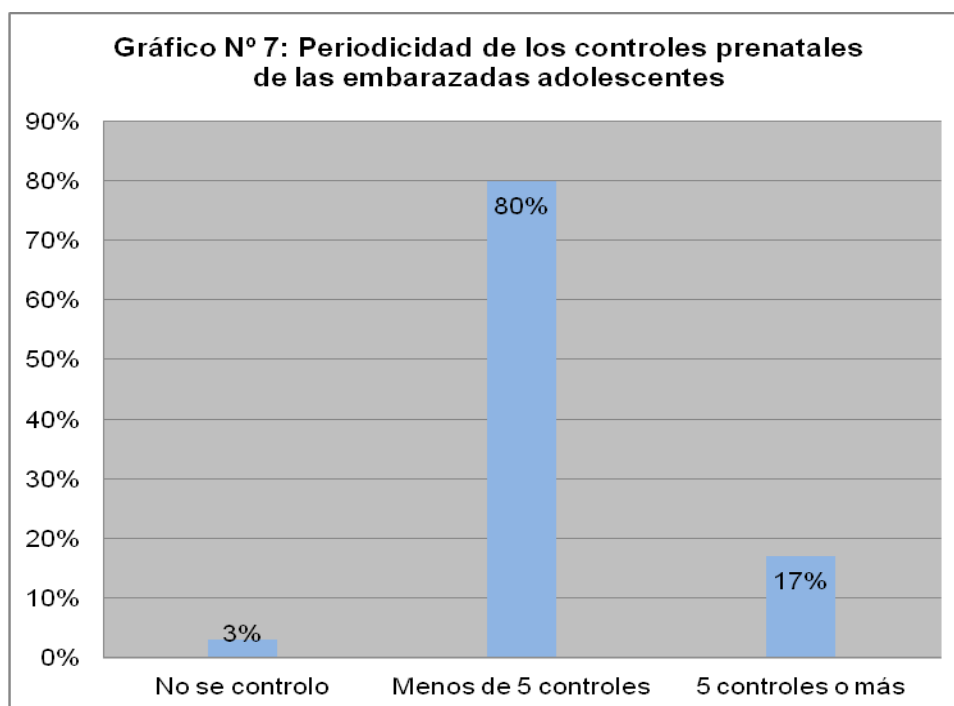
Fuente: Historia Clínica Perinatal. Mini Hospital Secc. Aconquija

En cuanto a los antecedentes obstétricos se observó que el 71% fueron primigestas, y un 29% multigestas.

**Tabla N° 7:** Periodicidad de los controles prenatales de las embarazadas adolescentes. Servicio de Obstetricia del Mini Hospital Seccional Aconquija, departamento de Andalgalá, periodo mayo de 2013 - mayo 2014.

Periodicidad	Frecuencia	
	Absoluta	Relativa
No se controló	1	3%
Menos de 5 controles	28	80%
5 controles o más	6	17%
Total	35	100%

Fuente: Historia Clínica Perinatal. Mini Hospital Secc. Aconquija



Fuente: Historia Clínica Perinatal. Mini Hospital Secc. Aconquija

En cuanto a la periodicidad de los controles prenatales el 80% realizó menos de 5 controles, y solamente el 17% realizó cinco controles o más durante su embarazo.

## **CONCLUSIÓN**

El embarazo en la adolescencia tiene una gran repercusión biopsicosocial sobre el organismo de la madre y de su futuro hijo y a medida que ocurre en edades mas tempranas, esta es mas evidente.

Al analizar las historias clínicas de 35 embarazadas adolescentes que asistieron al control prenatal en el servicio de obstetricia del mini hospital seccional Aconquija se obtuvieron los siguientes resultados:

La franja etarea de 17 a 19 años represento el grupo de mayor frecuencia con un 77%, siguiendo en orden descendente las adolescentes comprendidas entre 14 a 16 años con un 23%.

En relación a la Accesibilidad Geográfica al centro de salud al 69 %, les resulto accesible llegar al control prenatal en dicho nosocomio. Y solo un 31% les resulto inaccesible.

En cuanto al nivel de instrucción, un 46% no termino el nivel primario. Un 23% alcanzo el nivel secundario incompleto y solamente un 5 % logro el nivel secundario completo. No hay registro de adolescentes universitarias ni analfabetas. Según el estado civil el 66% eran solteras y un 11% casadas.

Con respecto al inicio del control prenatal un 54% lo realizo en el segundo trimestre, predominando las adolescentes primigestas con un 71%.

En cuanto a la periodicidad de los controles prenatales el 80% realizó menos de 5 controles y el 17% realizo cinco controles o más durante su embarazo.

Conclusión: el control prenatal de las adolescentes embarazadas fue inadecuado porque, no fue precoz y periódico, lo que dificulta la realización de intervenciones preventivas, diagnóstico y derivación oportuna de complicaciones que pudieran surgir durante la gestación.

## **DISCUSIÓN**

En la investigación realizada en el mini hospital seccional Aconquija con respecto a las características del control prenatal en adolescentes, se pudo observar que el grupo etareo de 17 a 19 años, fue el que predominó con un mayor porcentaje de 77 %; cifra que está en correspondencia con los estudios realizados en América Latina y con referencias nacionales que reflejan que el embarazo tiene mayor frecuencia en este grupo.

Según el estudio realizado por UNICEF en el año 2013 en la República Argentina el 15% del total de nacimientos de adolescentes representa a sectores pobres, bajo nivel de escolarización y madres solteras evidenciándose que Aconquija no es ajena a esta situación ya que el 46% de las adolescentes embarazadas estudiadas habían abandonado el sistema escolar primario a raíz del embarazo, principalmente por vergüenza y miedo a la sanción social perjudicando la educación y contribuyendo a perpetuar la baja condición de una generación a la siguiente. Siendo así sus oportunidades de empleo menores y lo más probable es que continúen dependiendo de otros para su sustento creando un círculo vicioso de pobreza para ellas y sus hijos.

En cuanto al estado civil de las adolescentes embarazadas, un considerable número estaban solteras 66% al momento del estudio, lo que expresa que las relaciones inestables siguen siendo una característica determinante de este grupo.

La OMS recomienda a todas las mujeres embarazadas que deben realizar como mínimo cinco consultas prenatales comenzando el mismo dentro de los tres primeros meses del embarazo, pero solo el 30% de los controles se inicia precozmente. Los motivos que expresaron las mujeres embarazadas que no iniciaron precozmente su control prenatal son diferentes por desconocimiento de la importancia del control prenatal, por temor a la reacción de los padres al enterarse de su estado de gravidez, por razones económicas, accesibilidad geográfica (observándose en el presente estudio que el 69% le resulta accesible llegar al mini hospital) Al analizar el grupo de adolescentes la ausencia del control prenatal

no es significativo ,si lo es el inicio del control prenatal, predominante en el segundo trimestre 54%, factor determinante a la hora de valorar el impacto perinatal de las intervenciones a realizar. Evidenciándose que el control prenatal en adolescentes primigestas 71% es habitualmente insuficiente con una periodicidad menor a cinco controles del 80% llevando esto a obtener resultados no deseados (por ejemplo amenazas de parto prematuro, parto prematuros., diabetes gestacional, hipertensión arterial, etc.) , durante el embarazo que de ser detectados a tiempo durante el control prenatal se podrían evitar.

## **PROPUESTAS Y SUGERENCIAS**

- Elaborar un plan estratégico comunitario con la participación del equipo de salud, líderes comunitarios y educación para realizar talleres con y para las y los adolescentes, haciendo prevención y promoción sobre salud sexual.
- Trabajar en cada consulta prenatal con la adolescente embarazada para brindarle una atención especializada y diferenciada.
- Lograr la articulación entre salud y educación a través de los agentes sanitarios, reincorporando a las embarazadas adolescentes y evitando el abandono escolar por vergüenza de asistir a la escuela embarazadas.
- Orientar a las gestantes adolescentes a la realización de controles prenatales subsecuentes desde que se diagnostica el embarazo o su primera consulta.
- Controlar los riesgos familiares, individuales, socioculturales, para disminuir el impacto de un embarazo en esta etapa de la vida a través del seguimiento de la embarazada adolescente con todo el equipo de salud, informándolas de la importancia del control prenatal precoz y periódico.

## **BIBLIOGRAFIA**

- Arroyo H. Antonio... (et.a1.) compilado por Pascualini Diana y Llorens Alfredo. Salud y Bienestar de Adolescentes y Jóvenes: Una Mirada Integral. OPS/OMS 1° Edición – Buenos Aires, 2010.
- Botta, MA; Tesis, Tesinas; monografías e informes. Buenos Aires, Argentina 2° Edición, Editorial Biblos, 2007.
- Gonzales E, Molina T. características de la maternidad adolescente de madres a hijas 2007.
- Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación: Propuesta Normativa Perinatal, Buenos Aires Tomo 1, 1993.
- Mora JC, Fernández VN: Problemas de Salud en el Embarazo. Tercera edición, España, Editorial Océano/Ergon. 2010.
- Pineda EB, Alvarado EL; Metodología de la Investigación. OPS. OMS. Serie Paltex 3<sup>era</sup> Edición – Washington – Edición 2008.
- Romero M, Avalos E; Ramos S. La situación de la mortalidad materna en Argentina y el objetivo de desarrollo del milenio. Ed. 5°. OSS y R marzo, 2013.
- Schwartz, et. al; Obstetricia; 5<sup>a</sup>. Ed. 3<sup>a</sup>. Reimpresión; Buenos Aires, El Ateneo; 2006.
- Vignoli R. Jorge. La Reproducción en la Adolescencia y sus Desigualdades. Santiago de Chile. Junio 2014.

## **ARTICULOS CONSULTADOS EN INTERNET**

- <http://www.altaalegremia.com.ar/laproblematicadelembrazoadolescente>  
Consultado el 20/09/14
- <http://www.msal.gov.ar/sitepromin/UCMISALUD/publicaciones/pdf/01-PRENATAL.Pdf>  
Consultado el 08/10/14

- <http://www.saludmaternoinfantojuvenil.com.ar>  
Consultado 02/11/14
- <http://www.monografia.com/trabajos26/embarzoadolescente>  
Consultado el 20/09/14
- <http://www.unfpa.org.cc/sitio/index.php>.  
Consultado el 20 /07/15
- <http://www.saludsap.UNICEFcifras.2014>.  
Consultado el 02/10/15