



Mi Universidad

NOMBRE DEL ALUMNO: BRICEIDI PÉREZ PÉREZ

TEMA: capitulo 2 tesis

PARCIAL:1

MATERIA: tesis

NOMBRE DEL PROFESOR: Ervin Silvestre Castillo

LICENCIATURA: EN ENFERMERÍA

CUATRIMESTRE: 8º CUATRIMESTRE

Frontera Comalapa Chiapas, A 08 de Abril del 2022

1.6.- DELIMITACIÓN DEL ESTUDIO

(Geldstein, 2011) Afirma:

El embarazo adolescente y los problemas relacionados con éste se han hecho visibles desde hace más de una década en la agenda internacional de los temas de salud reproductiva. Una proporción variable, aunque significativa y a menudo creciente de los nacimientos ocurre entre las jóvenes adolescentes en muchos países en desarrollo y a este fenómeno se le adjudica un sinnúmero de problemas familiares, individuales y sociales, así como en el campo de la población y la salud. Por consiguiente, muchas organizaciones multinacionales e internacionales, así como gobiernos y organizaciones no gubernamentales dedican cada vez mayores recursos para lidiar con estos problemas.

El embarazo adolescente es un fenómeno social de causas multifactoriales, en el que están asociados edades de grandes cambios físicos y emocionales, baja escolaridad, desinformación, abandono escolar, pobreza, madres ausentes y amigas con conductas de riesgo.

La adolescencia es el periodo del desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y los 19 años de edad. “Se trata de una de las etapas de transición más importantes en la vida del ser humano, que se caracteriza por un ritmo acelerado de crecimiento y de cambios”.

Entre los factores asociados a este problema, se destaca una menarca precoz, falta de plan de vida, impulsividad, tener múltiples parejas sexuales y la primera relación sexual a edad temprana, no usar condón en esa primera experiencia, consumo de drogas, desarrollo puberal temprano, historia de abuso sexual, poca atención de los padres y desinformación.

Respecto a las consecuencias del embarazo adolescente, Aburto Arciniega anotó la deserción escolar, un desequilibrio entre la madurez fisiológica-biológica y la psicológica para el manejo de la responsabilidad de ser madre y consecuencias médicas.

La maternidad temprana ocasiona mayor probabilidad de abandono de los estudios, dejarlos inconclusos o aplazarlos y, eventualmente, facilita tener un mayor número de hijos, desempleo, fracaso en la relación de pareja, ingresos inferiores de por vida, y contribuye a perpetuar el ciclo de la pobreza.

La macro localización del embarazo en adolescentes en la presente investigación se realizara en el Municipio Comitán de Domínguez Chiapas, reuniendo distintos tipos de casos e información de suma importancia. En cuanto a la micro localización se realizará específicamente en el Hospital de la Mujer, recolectando información de adolescentes de 12 a 18 años de edad.

Por lo anterior se decidió realizar el presente trabajo con la finalidad de implementar estrategias y medidas para informar y concientizar a la población antes mencionada.

El hospital de la Mujer está ubicado en la ciudad de Comitán de Domínguez Chiapas, en carretera Internacional zona sur oriente ranchería Chichimá Acapetahua quinta san Caralampio.

Comitán de Domínguez es la cuarta ciudad con mayor población del estado de Chiapas, cabecera municipal del municipio del mismo nombre. Tradicionalmente es conocida como Comitán de las Flores, pero ostenta el apellido Domínguez en honor a Belisario Domínguez Palencia, mártir de la Libre Expresión, originario de esta ciudad. Etimológicamente, Comitán viene del náhuatl Komitl-tlan, "lugar de alfareros", cuyo término fue castellanizado luego de la Conquista. También ostentó el nombre maya

Balún Canán, que significa "lugar de las nueve estrellas"⁶ e inspiró la novela homónima de Rosario Castellanos, Balún Canán.

Según el INEGI, hasta el año 2010 era la cuarta ciudad en términos de desarrollo económico en Chiapas; sin embargo, para el año 2015, escaló al tercer sitio. Su población es predominantemente ladina e indígena, pertenecientes a las etnias tojolabal y tzeltal. El municipio se encuentra en la región económica XV: Meseta Comiteca Tojolabal, siendo una ciudad comercial de por lo menos 8 municipios circundantes con una población potencial que rebasa los 500 mil habitantes, por lo que la sitúa hoy dentro de la segunda zona económica más productiva del estado y la de mayor crecimiento porcentual en población y vivienda.

Las coordenadas extremas del municipio son: al norte 16°36' de latitud norte; al sur 16°02' de latitud; al este 92°09' de longitud oeste; al oeste 92°21' de longitud. El municipio de Comitán colinda con los siguientes municipios:

- Al norte: Amatenango del Valle, Chanal Y Las Margaritas.
- Al este: Las Margaritas, La Independencia (Chiapas) y La Trinitaria (Chiapas)
- Al sur: La Trinitaria y Tzimol
- Al oeste: Tzimol, Socoltenango, Las Rosas (Chiapas) y Amatenango del valle.

CAPITULO II: MARCO DE REFERENCIA

2.1 MARCO HISTÓRICO

(Silvestre, 2000) Comenta:

Aunque no se sabe con exactitud los orígenes de la atención del embarazo, Hall refiere que surge como una necesidad de tener infantes saludables para contar con soldados en condiciones para la guerra, trabajo en el campo y en las fábricas.

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.

Los patrones culturales tradicionalmente han asignado a las mujeres el rol de curanderas, y ellas han sido quienes se han encargado de la atención del parto, la cual se realizaba en la casa de la embarazada y se encuentran referidos en múltiples registros, pero nada o muy poco se encuentra escrito sobre los cuidados durante el embarazo.

Entre los documentos más antiguos que refieren aspectos relacionados con estos cuidados, están los escritos chinos, que recomendaba a la embarazada, evitar comida abundante y ejercicio excesivo. En India, se establecieron ciertas reglas sobre la alimentación, bebidas, ejercicio, ropa y la recomendación de tener compañía de personas alegres.

Fray Bernardino de Sahagún relata cómo en el momento en que la joven se embarazaba avisaba a sus padres. Esto era motivo de alegría, se organizaba una reunión y al término de ésta, un anciano por parte del esposo dirigía unas palabras anunciando la nueva.

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. Como parte de esas creencias tenemos a la diosa del maíz, de la medicina y de las hierbas medicinales (Centeotl), a la que adoraban “los médicos y cirujanos, los sangradores y parteras”.

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. La cultura Náhuatl los cuidados a la mujer embarazada y al niño tuvieron un lugar preponderante, aunque no se describe con exactitud en que consistían estos.

En la época colonial (siglo XVI), la cultura estaba impregnada y la población comprometida con los problemas de fertilidad y de sexualidad. En esta época hubo múltiples protestas contra la abolición de la poligamia y la práctica del matrimonio entre indígenas de corta edad. Por otra parte este grupo sufría las consecuencias de los problemas de esa época.

Partos abortos e infanticidios, se registraban en varias regiones; en Michoacán, por ejemplo, se afirmaba que un brujo indujo a una multitud de indios al suicidio. Alonso de Zorita supo de muchos casos de suicidios para escapar al pago de tributos exagerados y también cita numerosos abortos y negativas de procrear entre los indios mixes y chontales.

En el occidente de México, Lebrón de Quiñones nos dice que a las mujeres indígenas se les prohibía procrear o buscaban el aborto para asegurar la rápida desaparición de la tribu. Es por esto que el decrecimiento de la población y la definición formal de la vida colonial aparecían relacionados.

(Gonzalez, 2014) Menciona:

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. 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 y desvinculada de los cuidados de enfermería y mucho menos de una partera.

El embarazo adolescente se presenta como una problemática de interés en un gran número de países, lo que responde a las preocupaciones por las afectaciones que ello puede ocasionar en los proyectos de vida de los jóvenes, las condiciones de existencia de las familias involucradas y en diferentes aspectos de la sociedad. En tal sentido se plantea la mayor exposición de las embarazadas en edades tempranas a sufrir problemas de salud durante la gestación y el parto, lo cual está asociado a aspectos biológicos y sociales, mismos que a su vez repercuten en la salud y el desarrollo de sus hijos y en otras situaciones problemáticas como la maternidad solitaria, terminar prematuramente los estudios, ser subempleada y tener menos estabilidad en sus relaciones de pareja.

2.2. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

El tema del embarazo en adolescente es tan frecuente en la población en general, ya que desafortunadamente es un problema que causa complicaciones notables en la vida de la madre como del producto. Por ello

el presente trabajo se enfoca principalmente en dar a conocer los las complicaciones más comunes de dicha problemática. Será guiada por muchas otras investigaciones previas a ésta y de las cuales se presentan algunas a continuación:

NOMBRE DE LA TESIS: “COMPLICACIONES DURANTE EL EMBARAZO EN ADOLESCENTES”.

AUTOR: VALERIA NATALY MINGO CARCHI

AÑO: 2020.

OBJETIVO: Determinar las complicaciones frecuentes durante el embarazo en adolescentes.

RESULTADOS: Las complicaciones que se presentaron durante el embarazo en adolescentes de los 31 artículos que hace referencia a estudios clínicos, 14 se relacionan a las características sociodemográficas con las complicaciones durante el embarazo adolescente, 10 artículos relacionan a las complicaciones más frecuentes que presentan las adolescentes durante el embarazo y 7 artículos hacen referencia al tipo de complicaciones que presentan en esta etapa.

CONCLUSIÓN: Las complicaciones más frecuentes durante el embarazo en adolescentes, son los trastornos hipertensivos y el parto prematuro, y se considera que las características sociodemográficas son un factor de riesgo para presentar estas complicaciones.

DISCUSION: Según la OMS las complicaciones durante el embarazo y el parto son la segunda causa de muerte entre las adolescentes de 15 a 19 años en todo el mundo. A pesar de las medidas implementadas para disminuir el embarazo adolescente todavía se considera que el embarazo

adolescente es un problema de salud pública que tiene implicaciones tanto en la salud materna como del recién nacido, por lo que esta investigación tuvo como objetivo determinar las complicaciones frecuentes durante el embarazo adolescente.

En la presente revisión se evidencio 26 estudios representando el total de artículos asociados a las características sociodemográficas que están relacionados con las complicaciones durante el embarazo adolescente, las complicaciones más frecuentes y el tipo de complicación que presenta en esta población.

NOMBRE DE LA TESIS: “COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS EN EL TERCER TRIMESTRE DEL EMBARAZO EN ADOLESCENTES, COMPARADAS CON MADRES NO ADOLESCENTES EN EL HOSPITAL GINECO-OBSTÉTRICO ISIDRO AYORA

AUTOR: MARIBEL MINA MARTÍNEZ

AÑO: 2017.

OBJETIVO: Comparar las complicaciones obstétricas en el tercer trimestre del embarazo en adolescentes y madres no adolescentes en el Hospital Gineco-Obstétrico Isidro Ayora.

HIPÓTESIS: Existe mayor prevalencia de complicaciones obstétricas durante el tercer trimestre de embarazo en madres adolescentes que en madres no adolescentes.

CONCLUSIONES: El valor promedio de la edad de las adolescentes fue de 16 años y 28 años de las adultas, siendo la muestra equitativa en ambas gestantes. Prevalece un bajo nivel educacional en ambos grupos y respecto a la ocupación predomina adolescentes que no trabajan. Predominó las

gestantes adolescentes sin pareja, pero en las adultas prevalece la unión matrimonial. La complicación más frecuente fue la anemia con una relación significativa entre los grupos etarios evaluados.

DISCUSION: Las enfermedades durante el embarazo constituyen una de las causas fundamentales de discapacidad y muerte entre las mujeres en edad reproductiva en países en desarrollo, dentro de ellas están las complicaciones obstétricas que se producen en el tercer trimestre del embarazo tanto en madres adolescentes como adultas, por tanto la OMS tiene como estrategia lograr la disminución de la mortalidad materna, por lo que la presente investigación aportara con sus resultados al control y vigilancia epidemiológica de la morbilidad materna.

La información obtenida en la investigación a través de las historias clínicas en las pacientes gestantes adolescentes y adultas con complicaciones en el tercer trimestre del embarazo del Hospital Gineco-Obstétrico Isidro Ayora, constituye una información válida para orientar a los especialistas en la toma de decisiones frente a un problema que, sin duda, aún no es controlado.

NOMBRE DE LA TESIS: “EMBARAZO ADOLESCENTE. COMPLICACIONES Y FACTORES DE RIESGO: CENTRO DE SALUD BARRIO MÉXICO

AUTOR: ESAÚ ELIUD BERNAL DÍAZ

AÑO: 2015.

OBJETIVO: Analizar la frecuencia, tipo de complicaciones y factores de riesgo relacionados al embarazo en adolescentes atendidas en el Centro de Salud Rural Disperso Barrio México. Estado de México, durante el periodo enero a junio de 2015.

HIPÓTESIS: “La frecuencia, tipo de complicaciones obstétricas y factores de riesgo en la población adolescente que asiste a consulta en el Centro de Salud Barrio México es similar a la reportada en la literatura Nacional”

CONCLUSIONES: El mayor número de embarazos adolescentes se presentó en pacientes entre 16 a 19 años de edad, no hubo embarazadas de 10 a 13 años. Los embarazos adolescentes representaron un porcentaje elevado (27.8%) en relación al resto (adultos). La complicación más frecuente encontrada fue la infección de vías urinarias. El aborto o la amenaza de aborto no se presentaron en ningún caso. Menos de la mitad de embarazadas presentó sintomatología clínica que reflejara alguna alteración del embarazo, pero más de la mitad de embarazadas desarrollaron alguna alteración durante el periodo de estudio.

DISCUSION: Las características socioeconómicas de la población en estudio corresponden a un nivel bajo con marcada marginación a pesar de la escasa distancia que existe con la capital del Estado de México.

La fuente principal de ingresos económicos es la albañilería, lo que conlleva a la falta de información respecto a temas de salud y por ende la omisión oportuna en la atención de la misma, ya que acuden a consulta médica sólo cuando perciben urgencia importante.

La comunidad en estudio se caracteriza por un rezago educativo y económico importante, lo que ha dado lugar a enfrentar maternidad y paternidad prematura, presentando un gran número de embarazos en la edad adolescente. En relación al tipo de servicios públicos aún se tienen carencias en cobertura en servicios de salud, saneamiento, potabilización de agua, eliminación de desechos, pavimentación de calles, drenaje, vivienda con servicios básicos, alumbrado público; aunado a estos matices existe marginación, abandono de adultos mayores, alcoholismo y drogadicción del núcleo adolescente en una importante proporción que incrementa la problemática.

Todas las características anteriores influyen en el abandono escolar, en la poca percepción económica, pero con la capacidad biológica de reproducción lo que conlleva al inicio prematuro de formar una familia y que en muchas ocasiones se propicia por presión familiar o social y en otras por tradición cultural.

Los resultados de este estudio mostraron, que de 119 casos de adolescentes revisados en los tres trimestres del embarazo, durante el período del 1 de enero y al 30 de junio de 2015, solamente 41 pacientes concluyeron su embarazo con el nacimiento de su producto; otras 78 adolescentes, continuaron su control prenatal regular en el mismo CSRD con una evolución satisfactoria, desarrollando complicaciones de acuerdo con los diferentes trimestres de gestación.

2.3. MARCO TEÓRICO

2.3.1. EL EMBARAZO

(OMS, 2010) Comenta:

El embarazo es el periodo evolutivo natural durante el cual se perdura la progenie de especie, En 2007 el Comité de Aspectos Éticos de la

Reproducción Humana y la Salud de las Mujeres de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) definió al embarazo como la parte del proceso de la reproducción humana que comienza con la implantación del conceptus en la mujer.

El embarazo se inicia en el momento de la nidación y termina con el parto. La definición legal del embarazo sigue a la definición médica: para la Organización Mundial de la Salud (OMS) el embarazo comienza cuando termina la implantación, es el proceso que comienza cuando se adhiere el blastocito a la pared del útero (unos 5 o 6 días después de la fecundación). Entonces el blastocito atraviesa el endometrio uterino e invade el estroma. El proceso de implantación finaliza cuando el defecto en la superficie del epitelio se cierra y se completa el proceso de nidación, comenzando entonces el embarazo, esto ocurre entre los días 12 a 16 tras la fecundación.

(NOM-007, 2012) Define:

El embarazo es el estado fisiológico de la mujer que se inicia con la fecundación y termina con el parto y el nacimiento del producto a término y que se considera con duración media de 280 días, comenzando a partir del primer día del ciclo menstrual de la mujer, es decir 40 semanas.

2.3.1.1. CAMBIOS DURANTE EL EMBARAZO

Durante este periodo acontecen diversos cambios anatómicos y fisiológicos a distintos aparatos y sistemas. A continuación se enlistan algunos:

- Con el desarrollo del útero se produce un desplazamiento hacia arriba y a la izquierda así como una hipertrofia del músculo cardíaco. Funcionalmente la frecuencia cardíaca aumenta de 15 a 20 latidos por minuto, durante toda la gestación; de igual forma la presión

arterial tienen a descender debido a la disminución de las resistencias periféricas, principalmente a nivel venoso.

- Se incrementa el volumen sanguíneo entre el 30 al 45% (1,500 a 1700 ml) al final del embarazo. El gasto cardíaco aumenta al inicio del embarazo hasta un 40 %, secundario al aumento de la frecuencia cardíaca y disminuye hacia el tercer trimestre.
- Además con elevación del diafragma se comprime la caja torácica lo que disminuye la capacidad de la mujer embarazada para la eliminación de secreciones.
- Se produce también una hiperventilación, que se asocia con una PaCO₂ en reposo menor o igual a 30 mmHg y el CO₂ calculado normal es 21, con la consiguiente elevación de la PO₂. Las adaptaciones cardíacas, renales y respiratorias maternas en el embarazo, son responsables de dos terceras partes del incremento en los requerimientos de oxígeno durante la gestación.
- El aumento del volumen sanguíneo no corresponde con el aumento paralelo de los volúmenes plasmáticos y celular, por una mayor reabsorción de agua, es decir, en condiciones normales el volumen eritrocitario durante el embarazo incrementa en 20 a 30%. Sin embargo, este aumento no es proporcional al incremento en el volumen plasmático, lo cual hace que las cifras del hematocrito disminuyan en 3 a 6%, fenómeno que se conoce como “anemia fisiológica del embarazo”. Los niveles de hemoglobina mínimos normales en la mujer gestante son de 11 g/dl.
- El recuento leucocitario también está incrementado durante la gestación, puede estar entre 10000/mm³ a 15000/mm³, se presentan principalmente a expensas de los leucocitos polímorfonucleares.
- Se produce además un aumento de corticoesteroides endógenos, lo que a su vez causa una disminución de la respuesta inmunológica; lo que explica por qué el cuerpo de madre no produce un rechazo al producto, es decir, el sistema inmunológico tolera antígenos fetales

a través de la supresión de la inmunidad celular pero conserva la inmunidad humoral.

- De igual forma, el trofoblasto produce una serie de sustancias que bloquean el reconocimiento materno de antígenos de histocompatibilidad fetal. Y por último se inhibe la función inmune mediada por células secundario a la progesterona, gonadotrofina coriónica humana, alfa feto proteína y cortisol.

Por ende, se sabe que el embarazo provoca cambios fisiológicos y anatómicos en la madre, aunado a esto, existen condiciones inherentes a ella que aumentan los riesgos en la aparición de complicaciones leves a severas durante el transcurso de la gestación.

2.3.1.2. CLASIFICACIÓN DEL EMBARAZO

Desde una perspectiva de comorbilidades y factores que influyen en la evolución del embarazo lo podemos clasificar en:

2.3.1.2.1. Embarazo de Bajo Riesgo

Aquel carente de antecedentes patológicos de la madre que signifiquen incremento del riesgo obstétrico o evidencia clínica de complicación menor o mayor del embarazo.

2.3.1.2.2. Embarazo de Riesgo Intermedio

Cuando existan condiciones o complicaciones menores de la gestación, mismas que puedan ser controladas con los recursos del primer nivel de atención.

2.3.1.2.3. Embarazo de Alto Riesgo:

Aquel en el que se tiene la certeza o la probabilidad de estados patológicos o condiciones anormales concomitantes con la gestación y el parto, que aumentan los peligros para la salud de la madre o del producto. Estas mujeres requieren ser atendidas en la consulta externa del segundo nivel como pacientes ambulatorias u hospitalizadas, por lo tanto deberán ser referidas a estas instalaciones.

2.3.1.3. Fecundación

(Rosales, 2019) Argumenta:

También llamada concepción, es la unión del ovulo con el espermatozoide, dando lugar a la formación de una sola célula llamada huevo o cigoto. Generalmente ocurre en el tercio medio distal de una de las trompas de Falopio, donde gracias a los cilios y peristaltismo del conducto es transportado a la cavidad uterina donde se implanta o anida.

La célula fecundada se desarrolla hasta formar el feto que crece dentro del útero hasta estar suficientemente madura para sobrevivir fuera de él, tiempo en el cual es expulsado por el proceso de parto. Durante este periodo el huevo pasa por tres etapas:

- **Mórula:** Comprende desde la fecundación hasta la implantación del huevo en el útero. Durante este tiempo el huevo se divide hasta convertirse en una masa de células denominadas mórula por su aspecto de un racimo de uvas.
- **Embrión:** Se da este nombre al producto de la concepción desde la implantación hasta la octava semana. La masa celular forma tres capas: ectodermo, mesodermo y endodermo.

- **Feto:** Se da este nombre al producto de la concepción desde la octava semana hasta el nacimiento y se caracteriza por el crecimiento y maduración de los diferentes órganos y sistemas.

2.3.2. ADOLESCENCIA

(OMS, 2009) Define:

La adolescencia como la etapa de la vida en la cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, transitando los patrones psicológicos de la niñez a la adultez, considerando que se inicia a los 10 años y culmina a los 19 años aproximadamente.

La adolescencia es una de las etapas específica incorporada al ciclo vital, está unido a cambios biológicos y psicológicos que encarnan la condición del ser adolescente como estado de transición, de superación de la etapa de la niñez y momento problemático de ingreso a la juventud, con toda la carga simbólica que implica el paso hacia momentos como el inicio de la etapa reproductiva.

Es considerada como un periodo de la vida libre de problemas de salud pero, desde el punto de vista de los cuidados de la salud reproductiva, el adolescente es, en muchos aspectos, un caso especial.

En muchos países, los adolescentes llegan a representar del 20 al 25% de su población. En 1980 en el mundo había 856 millones de adolescentes y se estima que en el 2000 llegarán a 1,1 millones. La actividad sexual de los adolescentes va en aumento en todo el mundo, incrementando la incidencia de partos en mujeres menores de 20 años.

Una definición más dinámica incluye en esta etapa de la vida que hay cambios rápidos en la esfera biológica, psicológica y social, estos cambios que son parte del proceso de la madurez hacen al adolescente vulnerable,

por lo que se encuentra expuesto a numerosos riesgos.

2.3.2.1. ETAPAS DE LA ADOLESCENCIA

(OMS, 2009) Argumenta:

La Organización Mundial de la Salud (OMS), refiere que, la edad adolescente se ubica desde los 10 hasta los 19 años de edad. 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 peripuberal, con grandes cambios corporales y funcionales como la menarquía. 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 período de máxima relación con sus pares, compartiendo valores propios y conflictos con sus padres.

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 apariencia física,

pretenden poseer un cuerpo más atractivo y se manifiestan fascinados con el sexo opuesto y con la moda, ocurre además un cierto despertar hacia la madurez vocacional.

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

Son biológicamente maduros, habiendo terminado su desarrollo sexual y crecimiento físico. Casi no se 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 sabiendo que: "una adolescente que se embaraza se comportará como corresponde al momento de la vida que está transitando, sin madurar a etapas posteriores por el simple hecho de estar embarazada; son adolescentes embarazadas y no embarazadas muy jóvenes".

(Barrozo, 2011) Argumenta:

La adolescencia se caracteriza por el crecimiento físico y desarrollo psicológico, y es la fase del desarrollo humano situada entre la infancia y la edad adulta. Esta transición debe considerarse un fenómeno biológico, cultural y social. En la adolescencia temprana y para ambos sexos, suceden cambios hormonales a nivel de la hipófisis, como el aumento en la concentración de gonadotropinas (hormona folículo estimulante) y de esteroides sexuales. Seguidamente aparecen cambios físicos, sobre todo

cambios observados en la glándula mamaria de las niñas, los cambios genitales de los varones y el vello pubiano en ambos sexos.

Cada individuo posee una personalidad y en esta etapa es cuando más la manifiesta generalmente, no solo de manera individual sino de forma grupal, para poder medir el grado de aceptación en los diferentes escenarios sociales e ir haciendo los ajustes o modificaciones necesarios para sentirse aceptado socialmente.

El perfil psicológico generalmente es transitorio y cambiante, es emocionalmente inestable. El desarrollo de la personalidad dependerá en gran medida de los aspectos hereditarios, de la estructura y experiencias en la etapa infantil preescolar y escolar y de las condiciones sociales, familiares y ambientales en el que se desenvuelva el adolescente.

Como se puede ver entonces, siendo una etapa de transición de la vida de infante a adulto, la adolescencia contempla una época de cambios para conseguir la funcionalidad completa de todos los sistemas biopsicosociales del individuo que desencadenan el funcionamiento adecuado y armónico para el desempeño máximo y óptimo que conllevan una de las siguientes etapas determinantes de la perseverancia de especie: la reproductiva.

2.3.3. EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA

(Fawed, 2016) Explica:

El embarazo en la adolescencia se le 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 aún dependiente de su núcleo familiar de origen".

El embarazo en adolescentes es un hecho que observamos con más frecuencia en los últimos años y, lo que es más grave, se produce en edades cada vez menores.

La constante preocupación de los países en vías de desarrollo lo constituye, sin duda alguna, la alta incidencia de mortalidad materna fetal. Nosotros no escapamos a esta realidad, pues continuamos con una tasa alta de mortalidad materna y perinatal. Se señala muchos factores causales, dentro de ellos estaría el embarazo en adolescentes, grupo etéreo de riesgo obstétrico medio. Reconociendo al embarazo en adolescentes como una situación condicionante de riesgo obstétrico y perinatal alto, que por lo tanto se convierte en un problema de salud pública importante, por el costo biológico y psicosocial que implica, siendo que es un tema de actualidad muy poco estudiado en nuestro medio.

Embarazo adolescente o embarazo precoz es aquel embarazo que se produce en una mujer adolescente. La OMS establece la adolescencia entre los 10 y los 19 años. La mayoría de los embarazos en adolescentes son considerados como no deseados, provocados por la práctica de relaciones sexuales sin métodos anticonceptivos.

2.3.1.3. Embarazo no deseado

(Issler, 2013) Menciona:

La reproducción y su condición necesaria, el ejercicio de la sexualidad, deberían ser siempre actos voluntarios y planeados. Lamentablemente, no siempre es así. Prueba de ello son los embarazos no deseados, definidos como aquellos que ocurren en un momento poco favorable, inoportuno, o se dan en una persona que ya no quiere reproducirse.

Los embarazos no deseados que resultan de relaciones sexuales no consensuadas o del fracaso de los métodos anticonceptivos son más de los que deberían, Se estima que cada año ocurren en el mundo entre 8 y 30

millones de embarazos debidos al fracaso de los métodos anticonceptivos o a su uso incorrecto.

Los embarazos no deseados son especialmente comunes en adolescentes y mujeres solteras; sin embargo, también se dan en otros grupos de edad. Su frecuencia parece ser mayor entre las mujeres de escasos recursos y bajo nivel educativo, aunque ocurren en todas las clases sociales. Sus consecuencias no solo afectan a las mujeres, sino también a los hombres y las familias.

(Lancet, 2016) Argumenta:

El embarazo en la adolescencia está reconocido como una problemática de salud pública que tiene causas económicas, sociales, culturales y personales que conlleva a consecuencias en los mismos ámbitos.

El embarazo en los adolescentes es uno de los problemas más preocupantes en México, sus implicaciones hacen referencias a las condiciones de desarrollo no solo de la madre, sino del hijo, de la pareja, de la familia, entre otras. El embarazo en esta población es clasificado de alto riesgo por las complicaciones que conllevan en la salud de la madre y del bebé.

Las adolescentes menores de 16 años corren un riesgo de muerte materna cuatro veces más alto que las mujeres de 20 a 30 años, y la tasa de mortalidad de sus neonatos es 50% superior, según James E Rosen, consultor en salud de adolescentes de la OMS. Las adolescentes embarazadas requieren atención física y psicológica especial durante el embarazo, el parto y el puerperio para preservar su propia salud y la de sus hijos.

2.3.4. EPIDEMIOLOGIA DEL EMBARAZO EN ADOLESCENTES

(Rodríguez, 2012) Explica:

La "tasa de fecundidad adolescente (TFA)" ha ido disminuyendo desde los años 50 pero en forma menos marcada que la "tasa de fecundidad general (TFG)", condicionando un aumento en el porcentaje de hijos de madres adolescentes sobre el total de nacimientos. En 2000 era del 11,2%; en 2003 del 13,3%; en 2012 del 14,2%; en 2019 del 15%. Este último porcentaje se traduce en 120.000 nacidos vivos de mujeres menores de 20 años.

La fecundidad adolescente es más alta en países en desarrollo y entre clases sociales menos favorecidas, haciendo pensar que se trata de un fenómeno transitorio porque, de mejorarse las condiciones, esta podría descender.

Para otros investigadores, la disminución de las tasas de fecundidad adolescente está cada vez más lejos, ya que el deterioro de las condiciones socioeconómicas globales hace que se dude sobre la posibilidad de que la mayoría de los países realicen mayores inversiones en sus sistemas educacionales y de salud, para alcanzar la cobertura que el problema demanda.

En España, a partir de los años '90, se ha registrado un incremento en el uso de contraceptivos y preservativos comercializándose, en 2002, unos 40 millones de preservativos, equivalente a la media más alta de los países de la Comunidad Europea (3,5 preservativos por habitante). Actualmente es imposible conocer el número de adolescentes que abortan. Sólo 2/3 de los embarazos de adolescentes llegan al nacimiento de un hijo; de los nacidos, un 4% son dados en adopción y un 50% permanecen en hogar de madre soltera. Un 8% de las adolescentes embarazadas abortan y un 33% permanece soltero durante el embarazo.⁹

En México no es esa la tendencia, con una mayoría importante que se mantiene soltera, en la que prevalece la "unión estable", aunque la

incidencia del aborto en las adolescentes no ofrezca credibilidad razonable por el importante subregistro que podría llegar a un aborto registrado por otro no registrado. Ya se dijo que la proporción de jóvenes que han iniciado relaciones sexuales va en aumento y que la edad de inicio está disminuyendo, pero la capacidad para evitar el embarazo no acompaña a este comportamiento.

El embarazo en las adolescentes se ha convertido en seria preocupación para varios sectores sociales desde hace ya unos 30 años. Para la salud en general, por la mayor incidencia de resultados desfavorables o por las implicancias del aborto. En lo psicosocial, por las consecuencias adversas que el hecho tiene sobre la adolescente y sus familiares.

En México, en las últimas dos décadas desde el 2000, se ha registrado un incremento en el porcentaje de nacimientos en madres adolescentes que va de 18.0% a 18.8% para 2009, notándose un incremento solo de los nacimientos, mismos que no indican el número total de embarazos, ya que un pequeño porcentaje escapa, porcentaje de embarazos que no concluyen con un nacimiento.

De los 112 millones de habitantes del país, alrededor de 57 millones corresponde a mujeres, de ellas, las adolescentes de entre 15-19 años refleja un 50.1% en 2005, para el 2011 la proporción hombre mujer del mismo grupo etéreo corresponde equitativamente 1:1 o sea el 50% para cada sexo, esto según el último censo de población y vivienda.

Para el 2006 en México habían 22, 190,481 adolescentes, esto representa el 20.63% de la población total. El Consejo Nacional de Población (CONAPO), estima que para el 2020 y 2050 la población joven disminuirá a 19.2 y 14.1 millones de personas adolescentes respectivamente.

En cuanto a la frecuencia en el Estado de México, se ha incrementado su número de embarazadas adolescentes en 2 puntos porcentuales desde 2004 cuando oscilaban en 16.8%, a hoy cuando la cifra es de 18.8%, esto

en menores de 20 años, nuevamente, solo los embarazos que llegan a término en este grupo de edad.

Por todo ello, el embarazo en adolescentes necesita un abordaje integral biopsicosocial por un equipo interdisciplinario capacitado en la atención de adolescentes y en este aspecto específico de la maternidad y la paternidad.

2.3.5. FACTORES PREDISPONENTES DE EMBARAZO EN ADOLESCENTES

(Miranda, 2011) Explica:

Mientras más precoz ocurre el primer coito mayor es el número de parejas sexuales que tienen esas personas y por lo tanto los riesgos se multiplican. La etiología tiene que ver con el nivel socioeconómico bajo, inestabilidad familiar, expectativas del grupo de pares respecto de la iniciación de las relaciones sexuales, declinación de las barreras sociales para el ejercicio de la sexualidad. También se relaciona con modelos reproductivos que tienden a repetirse, es decir, madres que también lo fueron a edades tempranas.

- **Menarca temprana:** Otorga madurez reproductiva cuando aún no maneja las situaciones de riesgo.
- **Inicio precoz de relaciones sexuales:** Cuando aún no existe la madurez emocional necesaria para implementar una adecuada prevención.
- **Familia disfuncional:** Uniparentales o con conductas promiscuas, que ponen de manifiesto la necesidad de protección de una familia continente, con buen diálogo padres e hijos. Su ausencia genera carencias afectivas que la joven no sabe resolver, impulsándola a relaciones sexuales que tiene mucho más de sometimiento para recibir afecto, que genuino vínculo de amor.

- **Bajo nivel educativo:** Con desinterés 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 joven, aun teniendo relaciones sexuales, adopte una prevención efectiva del embarazo.
- **Migraciones recientes:** Con pérdida del vínculo familiar. Ocurre con el traslado de las jóvenes a las ciudades en busca de trabajo y aún con motivo de estudios superiores.
- **Pensamientos mágicos:** Propios de esta etapa de la vida, que las lleva a creer que no se embarazarán porque no lo desean.
- **Fantasías de esterilidad:** Comienzan sus relaciones sexuales sin cuidados y, como no se embarazan por casualidad, piensan que son estériles.
- **Falta o distorsión de la información:** Es común que entre adolescentes circulen "mitos" como: sólo se embaraza si tiene orgasmo, o cuando se es más grande, o cuando lo hace con la menstruación, o cuando no hay penetración completa, etc.
- **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 los jóvenes las tienen por rebeldía y, a la vez, como una forma de negarse a sí mismos que tiene relaciones no implementan medidas anticonceptivas.
- **Aumento en número de adolescentes:** Alcanzando el 50% de la población femenina.
- **Factores socioculturales:** La evidencia del cambio de costumbres derivado de una nueva libertad sexual, que se da por igual en los diferentes niveles socioeconómicos.

2.3.6. COMPLICACIONES DEL EMBARAZO EN ADOLESCENTES

(Bernar, 2012) Explica:

Son las principales causas de la morbilidad materna, debido a la insuficiente información de las pacientes sobre las señales de peligro durante el proceso gestacional; por otra parte, se ha evidenciado una mayor incidencia de complicaciones obstétricas en la segunda mitad del embarazo.

Los riesgos asociados al embarazo en las madres adolescentes, tales como la hipertensión, anemia, peso bajo al nacer, parto pretérmino, determinan mayor morbilidad materna e incremento estimado en 2 a 3 veces de la mortalidad infantil, cuando se compara con los grupos de madres con edad entre 20 y 29 años.

2.3.6.1. Trastornos hipertensivos

Los trastornos hipertensivos del embarazo y en particular la preeclampsia son las principales causas de morbilidad materna y perinatal.

2.3.6.1.1. Preeclampsia

Es un trastorno multiorgánico cuando la presión arterial está por encima de 140/90mmHg asociado a proteinuria (más de 30 mg en muestra única o más de 300mg en muestra de 24 horas el cual es diagnóstico de elección) por encima de la semana 20 de gestación. La preeclampsia es una patología con una prevalencia a nivel mundial de 10% de los embarazos. Presenta una mayor incidencia en mujeres menores de 20 años y mayores de 35 años al momento del embarazo y de estas el 75% de los casos corresponden a pacientes primigestas. Es una patología que en la mayoría de los casos es asintomática y ya cuando presenta síntomas presenta por

lo general criterios de severidad por lo que es importante el control de la presión arterial dentro de los controles prenatales.

2.3.6.1.2. Eclampsia

Presencia de un ataque preeclámptico que no puede atribuirse a otra causa. Una convulsión suele ser un mal con movimientos tónicos y clónicos. Aproximadamente en la mitad de los casos de eclampsia estas convulsiones aparecen antes del trabajo parto, el 25% aparecen durante el parto y el resto después del parto.

2.3.6.2. Anemia

Se caracteriza por una disminución en el número total de hemoglobina (Hb), hematocrito o glóbulos rojos. La OMS considera la anemia durante el embarazo si el valor de Hb es inferior a 11 g / dl y el hematocrito es inferior al 33%, las madres adolescentes tienen mayor probabilidad de presentar anemia que las madres mayores de 20 años, posiblemente debido a la incapacidad de ingerir la dieta necesaria de hierro para soportar su propio desarrollo, y las necesidades del embarazo.

La anemia ferropénica es un problema de salud pública en países desarrollados y Subdesarrollados con consecuencias graves en la salud y en el desarrollo social y económico. Puede ocurrir en todas las etapas de la vida, pero tiene mayor impacto en mujeres embarazadas, con tasas de prevalencia que oscilan entre el 35% y el 75%.

2.3.6.3. Parto prematuro

Se define como parto pretérmino aquel que se produce entre las 22 y las 36 semanas 6 días después de la fecha de última menstruación. Su incidencia

oscila entre el 5% (algunos países de Europa) y 18% (algunos países de África). Sin embargo, y a pesar de los recientes avances en obstetricia, de 65 países que disponen de datos fiables sobre tendencias, todos menos tres han registrado un aumento en las tasas de nacimientos prematuros en los últimos 20 años.

No se conoce una única causa, pero existen factores de riesgo que predisponen al parto pretérmino, y que hay que tratar de prevenir o evitar.

Los más importantes son:

- ✓ Enfermedades de la madre: infecciones de las vías urinarias, vaginales o sistémicas, enfermedades renales, cardíacas, diabetes, anemias severas, alteraciones tiroideas.
- ✓ Abortos o partos pretérmino previos.
- ✓ Anomalías uterinas como miomatosis o incompetencia cervical.
- ✓ Edad de la madre inferior a 18 años o superior a 35.
- ✓ Hemorragia, placenta previa, desprendimiento de placenta.
- ✓ Trabajo duro y estresante.
- ✓ Embarazo múltiple.
- ✓ Malformaciones en el feto.
- ✓ Enfermedades del embarazo (preeclampsia o diabetes gestacional), que pueden hacer aconsejable su interrupción pretérmino.
- ✓ Hábito tabáquico (>10 cigarrillos diarios).
- ✓ Estado nutricional deficiente.
- ✓ Obesidad.
- ✓ Nivel socioeconómico bajo.
- ✓ Consumo de alcohol o drogas.
- ✓ Violencia de género (abuso físico, sexual o emocional).
- ✓ Exceso de actividad física.

2.3.6.4. Infección de vías urinarias

(Orquiza, 2009) Comenta:

Considerada una de las infecciones más frecuentes durante el embarazo, y se describe como la existencia de microorganismos patógenos en el tracto urinario con o sin presencia de síntomas, durante el embarazo los agentes causantes de ITU son los mismos en frecuencia que los hallados en las mujeres no embarazadas.

Existen cambios anatómicos y funcionales que predisponen a ITU durante el embarazo y también se encuentran factores de riesgo para este tipo de infecciones, siendo mayor en casos de nivel socioeconómico bajo, antecedentes personales.

Las infecciones de vías urinarias constituyen una de las complicaciones infecciosas más habituales del embarazo y son responsables de un importante porcentaje de morbilidad tanto materna como perinatal, especialmente en los lugares de escasos recursos. Las mujeres embarazadas desarrollan de manera fácil infecciones de vías urinarias (IVU) debido a cambios funcionales, hormonales y anatómicos, además de la localización del meato uretral expuesta a bacterias uropatógenas y de vagina que acceden al tracto urinario bajo, *Escherichia Coli* es el patógeno más frecuentemente aislado en infecciones de vías urinarias durante el embarazo.

La Infección de vías urinarias (IVU) es la existencia de gérmenes patógenos en la orina por infección de la vejiga o el riñón. Los síntomas que acompañan a una infección de orina varían de acuerdo al sitio de la infección, pero también pueden ser asintomáticas.

2.3.6.4.1. Cistitis aguda

Es la infección bacteriana del tracto urinario bajo que se acompaña de los siguientes signos y síntomas: urgencia, frecuencia, disuria, piuria y hematuria; sin evidencia de afección sistémica, alrededor del 30% de los pacientes con cistitis padecen una afectación subclínica del parénquima renal, el riesgo es especialmente alto en mujeres embarazadas.

2.3.6.4.2. Uretritis

Es la inflamación de la uretra que puede ser causada por bacterias o virus, las mismas bacterias que causan esta afección son el E. coli la clamidia y la gonorrea. Las uretritis en la mujer suelen acompañar a las cervicitis, aunque son poco frecuentes, se pueden acompañar con supuración uretral, de aspecto purulento en uretritis gonocócica siendo de aspecto claro y mucoso en la uretritis por Chlamydia trachomatis, además de disuria, polaquiuria y dolor miccional (más del 50% de los casos).

2.3.6.4.3. Pielonefritis aguda.

Es la infección de la vía excretora urinaria alta y del parénquima renal de uno o ambos riñones que se acompaña de fiebre, escalofrío, malestar general, dolor costo vertebral y en ocasiones náusea, vómito y deshidratación.

2.3.6.4.4. Absceso Renal.

Los abscesos renales y peri renales corresponden a infecciones supuradas que comprometen el riñón y/o el espacio perinefrítico, son infrecuentes pero potencialmente letales, con cifras de mortalidad que en los primeros reportes alcanzaban el 50% aún con un drenaje adecuado, el mayor factor de riesgo de absceso peri renal son los cálculos renales, que bloquean el flujo urinario, esto brinda un lugar para que proliferen una infección. No existe

una presentación clínica característica del absceso renal y se debe sospechar frente a la presencia de síntomas de infección urinaria que no responden a un tratamiento antimicrobiano adecuado.

2.3.6.5. Aborto

La OMS define el aborto como la terminación del embarazo posterior a la implantación del huevo fecundado en la cavidad endometrial, antes de que el feto logre la viabilidad (menor de 22 semanas de edad gestacional, con un peso fetal menor de 500 gramos y una longitud céfalo-caudal < 25 cm).

2.3.6.5.1. Amenaza de aborto

Es un estado que sugiere que se podría presentar un aborto espontáneo antes de la semana 20 del embarazo. Algunas mujeres embarazadas experimentan algún sangrado vaginal, con o sin cólicos abdominales, durante los primeros 3 meses del embarazo. Cuando los síntomas indican que es posible que se presente un aborto espontáneo, la afección se denomina "amenaza de aborto". (Esto se refiere a un episodio que ocurre de manera natural y no a abortos médicos o quirúrgicos).

2.3.6.5.2. Aborto inducido

El aborto inducido es la interrupción activa del desarrollo vital del embrión o feto. Puede tratarse de un aborto terapéutico (o aborto indirecto) cuando se realiza desde razones médicas, o de un aborto selectivo (interrupción voluntaria del embarazo), cuando se realiza por decisión de la mujer embarazada. A su vez, según la técnica empleada para inducir el aborto, se puede hablar de aborto médico o aborto con medicamentos y de aborto quirúrgico.

2.3.6.5.3. Aborto espontáneo

El aborto espontáneo o aborto natural es aquel que no es provocado intencionalmente. La causa más frecuente es la muerte fetal; por anomalías congénitas del feto, frecuentemente genéticas. En otros casos se debe a anomalías del tracto reproductivo, o a enfermedades sistémicas de la madre o enfermedades infecciosas. Cuando la edad gestacional es superior a 22 semanas o el peso del feto supera los 500 gramos, se habla de muerte fetal. Entre los signos y síntomas se encuentran el sangrado transvaginal anormal, por el cual se tiene que ser valorada por su ginecólogo y verificar que no queden restos placentarios

2.3.6.5.4. Aborto terapéutico

El aborto terapéutico es la interrupción provocada del desarrollo fetal. A diferencia del "aborto inducido" a este le preceden razones estrictamente médicas. Entre estos motivos cabe si la salud de la madre (física o mental) se encuentra directamente comprometida con dicho embarazo o en caso, si la vida de la madre corre riesgo. Es importante diferenciar el aborto terapéutico del inducido, ya que en el segundo influyen más factores socio-económicos como ser producto de una violación, tener la incapacidad de solvencia económica, entre otros.

2.3.6.6. Desprendimiento placentario

(Bojanini, 2015) Define:

Se da por retención del tejido placentario o a una atonía uterina, esta última es común en aquellas mujeres que presentaron un trabajo de parto muy

rápido o prolongado, en varios estudios se ha encontrado que estos procesos son frecuentes en menores de 16 años.

La mortalidad debida a esta complicación es alrededor del 25%. Se encuentra una incidencia aumentada en mujeres embarazadas en los extremos de la vida. También la raza y etnia son importantes y está asociado algún tipo de hipertensión que paralelamente es más común en las edades extremas de la vida.

2.3.6.7. Placenta previa

Es causa de hemorragia obstétrica antes del parto. Se le llama de esta manera a la placenta localizada encima o muy cerca del orificio cervical interno. Se han reconocido cuatro grados:

- ✓ Placenta previa total
- ✓ Placenta previa parcial
- ✓ Placenta previa marginal
- ✓ Implantación baja de la placenta.

2.3.6.8. Ruptura Prematura de Membranas (RPM)

El líquido amniótico es el agua que rodea a su bebé en el útero. Las membranas o capas de tejido contienen este líquido. Esta membrana se llama saco amniótico. A menudo, las membranas se rompen durante el trabajo de parto.

Esto con frecuencia se llama "romper fuente". Algunas veces, las membranas se rompen antes de que una mujer entre en trabajo de parto. Cuando esto sucede de forma temprana, se denomina ruptura prematura de membranas (RPM). La mayoría de las mujeres entrará en trabajo de

parto espontáneamente al cabo de 24 horas. Si la ruptura de fuente se da antes de la semana 37 del embarazo, se denomina ruptura prematura de membranas pretérmino (RPMP). Cuanto más temprano se rompe fuente, más grave es para usted y para su bebé.

2.3.6.9. Muerte Materna

(Valdivieso, 2012) Afirma:

El embarazo antes de los 20 y después de los 35 años, se asocia a un mayor riesgo materno y perinatal. El embarazo en menores de 20 años o embarazo adolescente, además del mayor riesgo biológico que implica, genera una situación de riesgo social para el recién nacido y la madre, es así que las muertes maternas y neonatales, como expresión máxima de las complicaciones del embarazo, parto y puerperio, aún constituyen un grave tema de salud pública en América Latina y el Caribe, a pesar de ser un problema altamente evitable y de haber sido reducido en forma considerablemente en algunos países, en otros (y en algunas áreas vulnerables al interior de los países) se ha progresado poco, y por tanto continúa siendo una agenda inconclusa, la inmadurez física coloca a la madre adolescente en mayor riesgo para la morbilidad y la mortalidad.

La joven madre tiene mayor riesgo de presentar parto obstruido, parto prolongado, preeclampsia y eclampsia, entre otros; los riesgos del embarazo en la adolescencia se incrementan en los países en vías de desarrollo, existen estrategias y medios que pueden ser altamente efectivos, como el conocimiento y la experiencia lo indican, y que son aplicables incluso en aquellos grupos de población que son más vulnerables y susceptibles de enfermar y morir por causas altamente evitables.

Las urgencias maternas son sumamente difíciles de predecir, por lo cual todas las mujeres necesitan acceso a los cuidados obstétricos esenciales,

la adopción de las medidas necesarias para lograr un nacimiento seguro pueden disminuir significativamente el riesgo de complicación y muerte de la madre y el recién nacido, los niños nacidos de mujeres menores de 20 años tienen 1½ más riesgo de morir antes de su primer año de vida que los niños nacidos de madres con edades entre 20 a 29 años.

2.3.6.8. Muerte Fetal

Definida por la OMS, como la muerte previa a la expulsión o extracción completa del producto de la concepción, independientemente de la edad de la duración del embarazo

Según la edad gestacional debe ser a partir 22 de gestación o un peso al momento del nacimiento mayor de 500 gramos. La frecuencia de muerte fetal varía, siendo estimada en 1% de todos los embarazos, afecta alrededor de 3 millones de embarazadas por año en todo el mundo, de las cuales el 98% ocurren en países de bajo y mediano nivel socio-económico.

Los casos de muerte fetal antes del trabajo de parto representan más de la mitad de los casos. Muchos casos no son registrados ni reflejados en las políticas sanitarias a nivel mundial.

2.3.7. CONOCIMIENTOS SOBRE ANTICONCEPTIVOS

(Palacios, 2000) Argumenta:

El uso de métodos anticonceptivos es el determinante próximo más importante de la fecundidad y constituye también la práctica más eficaz para prevenir los embarazos no deseados y los de alto riesgo para las mujeres, además de ser un factor importante para incrementar la sobrevivencia infantil y de la niñez.

La mayoría de las adolescentes unidas no usa actualmente algún método anticonceptivo moderno, incluso aquellas quienes no desean hijos/as en los próximos meses, y los métodos que utilizan, no son los más adecuados, pues más de una entre diez adolescentes usan métodos tradicionales (12%) como son: preservativo, píldoras anticonceptivas, DIU, inyección, condón y el coito interruptus, esto es más frecuente entre las mujeres no unidas sexualmente activas quienes en su mayoría utilizan este tipo de métodos.

El conocimiento de al menos un método anticonceptivo es de (96%) y de igual porcentaje para un método moderno entre las mujeres de 15 a 49 años de edad, el conocimiento de cada uno de los métodos es precario, sólo la esterilización femenina tiene (57%), píldoras anticonceptivas (54%), el DIU (50%), la inyección (46%), condón (43%), ritmo (30%), retiro (26%), el nivel de conocimiento de otros métodos como vasectomía, condón femenino, y los implantes es menor que el (10%).

La incidencia de embarazos en la adolescencia se relaciona, entre otros aspectos, con limitaciones e insuficiencias en el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva, así como a la información y la educación.

A pesar de que existe una alta aceptación del uso de métodos anticonceptivos entre adolescentes varones y mujeres (aproximadamente 90%), este grupo poblacional es el menos expuesto a mensajes de planificación familiar.

La educación, además de ampliar las aspiraciones de los y las adolescentes y de potenciar sus posibilidades de inserción productiva, contribuye a la preparación para la vida sexual y reproductiva y el ejercicio del derecho a la salud sexual y reproductiva. Pero existen importantes brechas en lo relativo a su implementación en las escuelas y mediante las vías no formales.

Los datos disponibles corroboran la existencia de una demanda educativa insatisfecha en el campo de la educación de la sexualidad, ya que los/las adolescentes carecen por lo general de los conocimientos, actitudes y

habilidades indispensables para tomar decisiones responsables respecto al inicio de su vida sexual, prevenir el embarazo, negociar las relaciones sexuales y el uso de métodos anticonceptivos, entre otros.

Los medios de comunicación juegan un rol importante profundizando la paradoja de que adolescentes y jóvenes tienen mayor acceso a información, pero no se garantiza la calidad y veracidad de la misma, esto afecta la toma de decisiones informadas y autónomas.

2.3.8. PREVENCIÓN DEL EMBARAZO EN ADOLESCENTES

No existe un método 100% seguro que pueda reducir el número de embarazos en las adolescentes, pero se pueden incluir y tomar medidas seguras para evitar este problema e incluso evitar el riesgo de contagio de enfermedades de transmisión sexual. El personal de salud puede:

- Instar a las adolescentes a no tener relaciones sexuales.
- Reconocer los métodos anticonceptivos como una opción segura y eficaz de primera línea para adolescentes, según las pautas clínicas para adolescentes.
- Ofrecer a las adolescentes una amplia gama de opciones de anticoncepción y hablar sobre las ventajas y desventajas de cada una.
- Hacer capacitación sobre cómo usar los métodos anticonceptivos, tener suministros de estos dispositivos disponibles y explorar las opciones de financiamiento para cubrir el costo.
- Recordar a las adolescentes que con solo tener un método no están protegidas contra las enfermedades de transmisión sexual y que se debe usar también un condón cada vez que tengan relaciones sexuales.

Por otro lado, los padres, tutores legales y personas a cargo de adolescentes pueden:

- Consultar con sus planes de seguro de salud acerca de la cobertura de servicios preventivos. Además, es posible que haya servicios de anticoncepción y consejería disponibles para las adolescentes sin que tengan que pagar.
- Hablar con las adolescentes acerca del sexo.
- Instar a las adolescentes a no tener relaciones sexuales.
- Instarlas a usar métodos eficaces de anticoncepción para prevenir el embarazo, y además usar condones para protegerse contra enfermedades de transmisión sexual.
- Visitar a un proveedor de atención médica con la adolescente para informarse sobre varios tipos de anticonceptivos.

Las adolescentes pueden:

- Decidir no tener relaciones sexuales.
- Hablar abiertamente con sus padres o con otro adulto de confianza y preguntar cómo pueden obtener anticonceptivos si eligen ser sexualmente activas.
- Hablar con un proveedor de atención médica para aprender sobre los tipos de anticonceptivos más adecuados para ellas, y usar estos y condones correctamente en cada oportunidad.

2.4. MARCO CONCEPTUAL

- **ATONÍA:** Falta de tono muscular y de la tensión o vigor normal de ciertos tejidos orgánicos, especialmente los contráctiles.
- **TRANSVAGINAL:** De un lado a otro o a través de la vagina.
- **PERINEFRÍTICO:** Alrededor del Riñón.
- **ABSCESO:** Acumulación de pus, interna o externa, en un tejido orgánico.
- **POLAQUIURIA:** Es la necesidad de orinar muchas veces durante el día o la noche, pero en volúmenes normales o inferiores a lo normal.
- **PURULENTO:** Que tiene pus.
- **DISURIA:** Sensación de dolor y/o ardor al orinar.
- **PIURIA:** Presencia de pus en la orina.
- **HEMATURIA:** Presencia de sangre en la orina.
- **MIOMATOSIS:** Tumores benignos del músculo liso del útero, ocasionalmente malignizan ($\leq 1\%$). Su tamaño es variable, van desde

milímetros hasta grandes tumores que ocupan toda la cavidad abdominal.

- **HB:** Hemoglobina.
- **PRIMIGESTA:** Mujer embarazada por primera vez.
- **CENSURA:** Acción de examinar una obra destinada al público, suprimiendo o modificando la parte que no se ajusta a determinados planteamientos políticos, morales o religiosos, para determinar si se puede o no publicar o exhibir.
- **GENUINO:** Que conserva con total pureza o autenticidad sus características propias o naturales.
- **UNIPARENTALES:** Son cuando solo uno de los padres está a cargo de los hijos (padres divorciados), familias adoptivas.
- **PROMISCUAS:** conducta que va en contra de las buenas costumbres y se caracteriza por su inmoralidad o indecencia, generando conflictos dentro de su propio entorno por su inestabilidad en pareja.
- **ETÁREO:** Término amplio aplicado a los seres humanos que se encuentran en fases de desarrollo comprendidas entre los 12 y 18 años.
- **PERINATAL:** Que afecta o concierne al bebé en el período inmediatamente anterior o posterior a su nacimiento.
- **MENARCA:** Primer periodo menstrual. Por lo general, empieza en algún momento entre los 11 y 14 años.
- **PERIPUBERAL:** Alrededor o a la periferia de la etapa de la pubertad.
- **COMORBILIDADES:** Presencia de dos o más enfermedades al mismo tiempo en una persona. También se llama morbilidad asociada.
- **ANTÍGENO:** Sustancia que al introducirse en el organismo induce en este una respuesta inmunitaria, provocando la formación de anticuerpos.

- **CORTICOESTEROIDES:** Cualquier hormona esteroidea que se produce en la corteza suprarrenal (la parte exterior de la glándula suprarrenal). También se preparan en el laboratorio.
- **INMUNIDAD:** Estado de resistencia natural o adquirida que poseen algunos organismos frente a una determinada enfermedad o al ataque de un agente infeccioso o tóxico.
- **ENDÓGENO:** Lo que se produce en el interior del organismo o las células.
- **HEMATOCRITO:** Es un examen de sangre que mide la cantidad de sangre de una persona que está compuesta por glóbulos rojos.
- **GESTACIÓN:** Es el período de tiempo comprendido entre la concepción y el nacimiento. Durante este tiempo, el bebé crece y se desarrolla dentro del útero de la madre.
- **HIPERTROFIA:** Crecimiento excesivo y anormal de un órgano o de una parte de él debido a un aumento del tamaño de sus células.
- **MG/DL:** Miligramos sobre Decilitros.
- **TABÚES:** Prohibición de tocar, mencionar o hacer algo por motivos religiosos, supersticiosos o sociales.
- **INFANTICIDIOS:** Es la práctica de causar la muerte a un niño de muy corta edad (menor de 1 año) de manera intencionada.
- **PROGENIE:** Descendencia o conjunto de hijos de una persona.
- **NIDACIÓN:** Proceso por el que el embrión, en fase de blástula, se introduce en la mucosa uterina. Tiene lugar entre el sexto y el octavo día después de la fertilización.
- **BLASTOCITO:** Célula embrionaria que todavía no se ha diferenciado.
- **ENDOMETRIO:** Es el tejido que recubre el interior del útero
- **ESTROMA:** Tejido conjuntivo que constituye la matriz o sustancia fundamental de un órgano y sostiene los elementos celulares que lo conforman.

- **DIAFRAGMA:** Músculo ancho situado entre las cavidades pectoral y abdominal y que tiene un importante papel en la respiración de los mamíferos.
- **HIPERVENTILACIÓN:** Es una respiración rápida o profunda. También se denomina hiperrespiración y puede dejarlo con una sensación de falta de aliento.
- **TROFOBLASTO:** Capa delgada de células que ayuda a un embrión en desarrollo a adherirse a la pared del útero, protege el embrión y forma parte de la placenta.
- **HISTOCOMPATIBILIDAD:** Semejanza o identidad inmunológica entre los tejidos de un donante y el receptor del injerto o el trasplante.
- **MESODERMO:** Es una de las tres hojas embrionarias o capas celulares que constituyen el embrión. Puede realizarse por enterocelia o esquizocelia a partir de un blastocisto en el proceso denominado gastrulación.
- **ECTODERMO:** Capa externa de la gástrula del embrión de los metazoos.
- **ENDODERMO:** Capa interna de la gástrula del embrión de los metazoos.