



UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA  
INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMERÍA  
DEPARTAMENTO MATERNO-INFANTIL

# **CARACTERÍSTICA DEL CONTROL PRENATAL EN LAS EMBARAZADAS ADOLESCENTES**

## **AUTORES:**

Br. Ferreira, Beatriz  
Br. Morales, Carla  
Br. Romaniello, María Rosa  
Br. Vasconcellos, Marcelo

## **TUTORES:**

Lic. Enf. Schestak, María  
Lic. Enf. Pérez, Mercedes

Facultad de Enfermería  
BIBLIOTECA  
Hospital de Clínicas  
Av. Italia s/n 3er. Piso  
Montevideo - Uruguay

**Montevideo, 2002**

## INDICE

INTRODUCCIÓN-----	PÁGINA 2
FUNDAMENTACIÓN-----	PÁGINA 3
TEMA-----	PÁGINA 6
PROBLEMA-----	PÁGINA 7
OBJETIVOS-----	PÁGINA 8
MARCO TEÓRICO-----	PÁGINA 9
DISEÑO METODOLOGICO-----	PÁGINA 23
INDICE DE TABLAS Y GRÁFICOS-----	PÁGINA 29
TABLAS Y GRÁFICAS-----	PÁGINA 25
ANÁLISIS Y COMENTARIOS-----	PÁGINA 39
CONCLUSIÓN Y SUGERENCIAS-----	PÁGINA 43
GLOSARIO-----	PÁGINA 44
BIBLIOGRAFÍA-----	PÁGINA 47
ANEXOS-----	PÁGINA 50

## INTRODUCCIÓN

El presente informe se refiere a un estudio sobre las características del control prenatal en las puerperas adolescentes.

El interés por el tema surge por la inquietud del grupo investigador en cuanto a experiencias en áreas de primer nivel en atención de enfermería materno infantil; observándose la problemática del embarazo adolescente y la realización de controles prenatales en forma inadecuada por parte de las mismas, lo que con lleva a consecuencias negativas para el binomio madre- hijo.

El mismo fue realizado por un grupo de cuatro bachilleres de la Licenciatura en Enfermería del Instituto Nacional de enfermería de generación 97, cumpliendo con la exigencia curricular de desarrollar un trabajo científico para la obtención del título académico.

Por lo que se plantea el siguiente problema:

"Existe diferencia entre primigestas y multigestas en cuanto a las características del control prenatal en las puerperas adolescentes."

La investigación se llevo a cabo en la sala 4 de Adolescentes del Hospital de la Mujer, Centro Hospitalario Pereyra Rossell, situado en la calle Bulevar Artigas 1550; en la primera quincena del mes de enero (del día 3 al 17) del año 2002.

El estudio es de tipo descriptivo y transversal y la muestra esta constituida por 91 puerperas adolescentes.

Los resultados obtenidos posibilitan al grupo profundizar en el conocimiento de enfermería acerca del comportamiento de las adolescentes frente el control prenatal.

## FUNDAMENTACIÓN

Según cifras oficiales obtenidas por el Ministerio de Salud Pública y la fundación "Álvarez Caldeyro Barcia", se produjeron 56.000 mil nacimientos al año, de los cuales 33.000 mil nacen en mutualistas y sanatorios y 23.000 en Hospitales del Ministerio de Salud Pública (M.S.P).

En el Hospital Pereyra Rossell nacen 8.500 niños al año, el 27% son hijos de madres adolescentes, de los cuales casi la mitad (un 10%) son jóvenes menores de 15 años (en instituciones privadas este porcentaje alcanza el 3,5% y son escasos los partos en menores de 15 años).

"La mayoría de ese 27% ingresa con dos, tres y cuatro partos anteriores y un 17% no tuvo contacto previo al parto, con el equipo de salud (médicos, parteras, enfermeros, otros).

El 43% del total de las primíparas del Hospital de la Mujer Centro Hospitalario Pereyra Rossell son menores de 19 años." (1)

"No es falta de información lo que provoca el aumento de embarazos en Adolescentes, sino causas más profundas, relacionado con la escala de valores, de este grupo social; en estratos sociales bajos, lo culturalmente aceptado es que la mujer se embarace y sea madre para lograr un status social destacado.

Conciben la tenencia de un hijo, como el objetivo principal en la vida en su mayoría no estudian, no trabajan y provienen de familias desintegradas, son solteras o abandonadas por sus compañeros."(2)

Según cifras oficiales, a nivel del Ministerio de Salud Pública desde el año 1994 al año 1999, en Montevideo:

- El porcentaje de embarazos no controlados paso en el Centro hospitalario Pereyra Rossell (donde se producen el 30% de los partos institucionales del país), de 26% a 17%, lo cual supone una reducción del 35%. En las embarazadas adolescentes esta reducción fue del 41,3%.

- El porcentaje de embarazadas bien controladas (con 5 o más controles) se incrementó en un 20,2%, y un 19,5% en el caso de las adolescentes.
- El porcentaje de captación del embarazo antes de las 20 semanas se incrementó de 44,2% a 52,1%, con una variación de más de 18%; en el caso de las embarazadas adolescentes esta variación fue del 19%.

Si bien dichas cifras evidencian una mejora en el primer nivel de atención en salud pública a través de una cobertura más amplia de los controles prenatales y una mayor concurrencia a los mismos, los datos distan de ser ideales y de la realidad que se vive a nivel del subsector privado de la salud.

Esto hace que el tema de la cobertura de los controles prenatales siga siendo un problema de magnitud, mas aun en las adolescentes por su condición de mayor riesgo de alteración en la salud del binomio. Por tal motivo hacia dicha dirección debemos apuntar enfáticamente, para mejorar en conocimientos en esa área, y fomentar las políticas de prevención, elevando no solo la calidad de vida de la población sino también el nivel de prestación de servicios.

"El embarazo en este grupo etareo se presenta como un evento no programado lo que determina una actitud de rechazo y ocultamiento de su condición lo que lleva a un control prenatal tardío e insuficiente". (3)

El comienzo del control en los tres primeros meses de 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.

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

Sabemos que el control prenatal puede verse afectado por diversos factores socioeconómicos, culturales, y/o biológicos.

Esto genera la interrogante de conocer si existen otros factores que condicionan las características del control prenatal, entre ellos la experiencia del contacto con el equipo de salud que se produce en embarazos anteriores (caso de las multigestas).

Las características del control prenatal a que se hace referencia son la precocidad y la periodicidad del mismo.

Cuando mencionamos la precocidad nos referimos a la consulta con el equipo de salud dentro de los tres primeros meses de embarazo y periodicidad significa la frecuencia de los controles prenatales basado en las normas establecidas por el Ministerio de Salud Pública.

Esta investigación es de utilidad para enfermería, ya que colabora aportando conocimientos para una mayor eficacia en la elaboración y ejecución de los planes de atención y programas de educación en el primer nivel de atención, favoreciendo de esta manera la salud del binomio madre hijo.

- (1) Según el Dr. José Cuadro, profesor grado 5 de la Facultad de Medicina, artículo- el diario medico-agosto2000" pag.8y9 (sin autor). Datos obtenidos de la Fundación Caldeyro Barcía.
- (2) Según la presidenta de la Sociedad Uruguaya de Ginecología de la Infancia y la adolescencia: la Dra. Silvia Lima  
"artículo- diario el observador del 3 de julio 2000"  
pag.3. Andrea Tabarez. "artículo- diario el observador del 3 de julio 2000"
- (3) Según la Directora de la Policlínica del Adolescente del Hospital Pereyra Rosell: la Doctora Estela Conselo.

**TEMA:**

**\*Control prenatal en la embarazada adolescente.\***

## PROBLEMA:

¿Existen diferencias entre las primigestas y multigestas en cuanto a las características del control prenatal en las puerperas adolescentes de la sala 4 del Hospital de la Mujer Centro Hospitalario Pereyra Rossell, en la primera quincena del mes de enero del año 2002?

## **OBJETIVO GENERAL**

- Describir la relación entre el número de gestas y las características del control prenatal, en las puerperas adolescentes del Hospital Pereyra Rossell en la primera quincena de enero del año 2002.

## **OBJETIVOS ESPECIFICOS**

- 1.** Determinar el número de puerperas adolescentes cuantificando primigestas y multigestas por separado.
- 2.** Caracterizar a cada grupo (de primigestas y de multigestas) de acuerdo a la edad, estado civil, nivel de instrucción, ocupación, procedencia (distancia al centro de salud más próximo).
- 3.** Identificar y comparar la población de cada grupo que consulta por primera vez en el primer trimestre del embarazo.
- 4.** Comparar el número y frecuencia de controles prenatales en las primigestas y en las multigestas.

## MARCO TEÓRICO

### **ADOLESCENCIA**

La adolescencia es una etapa particular que esta comprendida entre los 12 a 19 años de edad, la misma debe ser abordado con la mayor naturalidad.

*En esta etapa se observan las siguientes características:*

- Búsqueda de sí mismo y de la identidad.
- Tendencia grupal.
- Necesidad de intelectualizar, fantasear (para proyectarse en la vida).
- Crisis religiosas.
- Educación sexual- Autoerotismo – Heterosexualidad.
- Actitud social reivindicadora.
- Contradicciones en la conducta.
- Separación progresiva de los padres.
- Cambios de humor, y del estado de ánimo.
- "hacia donde transita", hacia una redefinición de su propia imagen corporal – elaboración de duelos-, culmina el proceso de separación; establecer su propia escala de valores
- se asumen nuevas funciones y papeles auto otorgados.
- Definición de proyectos de vida.

"¿Cuándo finaliza?"

Finaliza cuando:

- tiene capacidad para establecer compromisos profesionales
- mantenerse (independencia económica)
- adquiere un sistema de valores personales (moral propia)

- relación de reciprocidad con la generación precedente (sobre todo sus padres).
- se logra establecer una identidad sexual
- se obtienen relaciones sexuales y afectivas, saludables estables
- se logra establecer una identidad sexual

La adolescencia es un período de crisis, un momento crucial en el desarrollo del ser humano, se logra un cuerpo apto para la procreación y se produce la estructuración definitiva de la personalidad.

Es un período en el cual se consolida la propia identidad.

*Nos referimos a la misma como la capacidad del individuo de reconocerse a sí mismo en tiempo y espacio; su imagen corporal; recordarse en el pasado; proyectarse en el futuro con vínculos de integración social inicialmente con figuras paternas y posteriormente con otros.*

- (\*) Meneghello J. Pediatría. Cuarta edición. Vol 1. Editorial Doyma. Barcelona. España. 1985.

## **PUBERTAD EN LAS MUJERES**

Se marca con la menarca, prueba de que el sistema hormonal ha comenzado a funcionar. (\*)

En la parte baja del cerebro se encuentran dos órganos estrechamente relacionados: el hipotálamo, que es el centro de regulación y del control y la hipófisis que es el director de todo el sistema hormonal.

Hacia los 7 u 8 años, la hipófisis estimulada por el hipotálamo, se pone en funcionamiento y secreta dos hormonas, la hormona folículo estimulante (FCH) y la hormona luteinizante (IH).

Con el aumento progresivo de esas dos hormonas, los órganos sexuales, los ovarios, se ponen en funcionamiento. Estos a su vez están estimulados por la FSH y la LH, secretarán dos hormonas femeninas, los estrógenos y la progesterona, todo esto se realiza en forma lenta, y poco a poco los genitales femeninos van madurando para poder llevar a cabo la instalación de la función reproductiva.

El primer papel de los estrógenos es de producir la aparición del vello y estimular el crecimiento de los pechos, en el siguiente orden: (\*\*)

- 1- Aparece el vello púbico alrededor de los labios mayores y se observa también como sobresale ligeramente la papila de la mama.
- 2- Mientras el vello que recubre el pubis se va espesando, despuntan ya los botones de los pechos.
- 3- Los senos crecen progresivamente pero todavía no se desarrolla ni el pezón ni la areola.
- 4- El pecho se forma con la areola (es la zona de piel que es algo irregular que rodea el pezón) que se extiende y se oscurece, y el pezón, que aumenta de tamaño y sobresale; el vello del pubis se hace mas espeso y se extiende. Suele ser en ese momento cuando llega la primera menstruación.
- 5- Los pechos se desarrollan completamente, se marcan con precisión los contornos y aparece vello en las axilas.

Estas transformaciones demoran como dos años.

### *DESARROLLO SEXUAL*

El efecto emocional de las experiencias sexuales durante este periodo puede tener repercusiones en la escuela, tanto de los estudiantes que intervienen como los compañeros que le rodean.

Cerca del 60% de los adolescentes solteros, hombres o mujeres, ha tenido relaciones sexuales antes de los 19 años.

En esta etapa deben consolidar su identidad sexual y sentirse a gusto con ella.

Para los demás ser diferente les puede causar problemas en su desarrollo emocional y social.

- \* <http://www.monografias.com/trabajos/adolescencia/adolescencia.htm>
- \*\* Conselo Estela. "Salud Integral y embarazo precoz". Documento Especial N°3. Octubre de 1994 de la Universidad de la República Oriental del Uruguay- Ministerio de Salud Pública. Página 43 – 45.

## **EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA**

### **DEFINICIÓN:**

El embarazo adolescente es aquel que ocurre en las mujeres jóvenes menores de 19 años. (\*)

### **CAUSAS:**

Son las relaciones sexuales sin las medidas de contracepción adecuadas.

No existe una contracepción 100% efectiva más que la abstinencia sexual para prevenir el embarazo.

Los adolescentes llegan a ser fértiles aproximadamente antes de ser emocionalmente maduros.

El riesgo potencial para las niñas adolescentes de quedar embarazadas incluye:

- Tempranos contactos sexuales
- Uso temprano del alcohol, tabaco y las drogas, deserción escolar, carencia de grupo de apoyo o pocos amigos
- Carencia de interés en la escuela, familia, o actividades comunitarias
- Percibir pocas oportunidades de éxito
- Vivir en comunidades y/o escuelas donde los embarazos adolescentes son comunes
- Crecer en condiciones de pobreza
- Haber sido víctima de abusos sexual, o ser hijas de madres adolescentes.

*Los síntomas de embarazo incluyen:*

- Falta del periodo menstrual
- Agotamiento
- Aumento del tamaño de las mamas
- Distensión abdominal
- Náuseas y vómitos

- Aumento de peso (al principio puede haber una pérdida relacionada a náuseas y vómitos)
- Mareos y desmayos.

Al examen pélvico las paredes vaginales aparecen decoloradas o de color azul morado, cérvix reblandecido, ablandamiento y ampliación del útero.

Las pruebas de embarazo en sangre y orina son positivas.

Mediante ultrasonido se confirma el embarazo así como fecha precisa del mismo.

Muchos adolescentes no esperan quedar embarazadas, y estas lo niegan hasta que los signos del mismo son evidentes.

Las mujeres que tienen su primer hijo durante la adolescencia tienen más probabilidad de tener más hijos, y estos a su vez tienen menos probabilidad de recibir apoyo de sus padres biológicos, completar su educación, el trabajo de algún tipo de vocación, y establecer la independencia y seguridad financiera adecuada para preverse por sí mismos. (\*\*)

- (\*) Meneghello J. Pediatría. Cuarta edición. Vol 1. Editorial Doyma. Barcelona. España. 1985.
- (\*\*) Dickanson et al. "Enfermería Materno Infantil". 2ª Edición. Madrid. España. Harcourt Brace. 1997. Páginas 46-52, 147 – 151.

## ASPECTOS ORGÁNICOS

La fecundidad presenta mayores riesgos asociados para la madre y el hijo.

Hay una máxima incidencia entre los 13 y 15 años. El embarazo adolescente no es un indicador de riesgo automático. Hay que particularizar la situación.

El embarazo en este grupo etareo se presenta como un evento no programado, lo cual determina una actitud de rechazo y ocultamiento de su condición, lo que lleva a un control prenatal tardío o insuficiente, acompañado de carencias nutricionales y bajo peso.

El embarazo es mas complicado cuanto más cerca de la menarca se encuentra, recién después de 3 años de edad ginecológica, la joven alcanza su madurez reproductiva, si se inicia antes de los tres años, es un embarazo de alto riesgo.

Desde el punto de vista endocrinológico, el eje hipotálamo – hipofisario es inmaduro durante los 3 primeros años siguientes a la menarca, por lo cual las menstruaciones son irregulares; el útero es de menores dimensiones; el esqueleto no ha terminado de adquirir su tamaño definitivo, destacándose la pelvis que no tiene la inclinación y sus diámetros están en el límite de la normalidad, esto lleva a dificultades e inadecuaciones feto – maternas que lo hace un embarazo de alto riesgo.

## ASPECTOS SOCIALES QUE INFLUYEN EN EL EMBARAZO ADOLESCENTE

Los mandatos culturales, marcan las conductas de los sexos, mas los socioeconómicos, lo educacional, y lo familiar como soportes ideológicos configuran una compleja trama de relaciones que nos hace pensar en el embarazo adolescente como un emergente, como la somatización de todos estos aspectos. (\*)

### ASPECTOS SOCIALES QUE INFLUYEN

- A) El núcleo familiar
- B) Educación formal
- C) El entorno socioeconómico

- (\*) Conselo Estela. "Salud Integral y embarazo precoz".En Documento Especial N°3. Octubre de 1994 ede la Universidad de la República Oriental del Uruguay- Ministerio de Salud Pública. Página 43 – 45.

## CONTROL PRENATAL

### DEFINICIÓN Y GENERALIDADES

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

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.

Un control prenatal eficiente debe cumplir con cuatro requisitos básicos:

- precoz,
- periódico,
- completo,
- de amplia cobertura.

**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 constituyen la razón fundamental del control. Además torna factible la identificación temprana de los embarazos de alto riesgo aumentando por lo tanto la posibilidad de planificar eficazmente el manejo de cada caso en cuanto a las características de la atención obstétrica que debe recibir.

**PERIÓDICO:** la frecuencia de los controles prenatales varía según el riesgo que presenta la embarazada. Las de bajo riesgo requieren un número menor de controles de alto riesgo.

**COMPLETO:** los contenidos mínimos del control deberán garantizar el cumplimiento efectivo de las acciones de fomento, protección, recuperación, y rehabilitación de la salud.

**AMPLIA COBERTURA:** solo en la medida que el porcentaje de población controlada sea alto (lo ideal es que abarque a todas las embarazadas) se podrán disminuir las tasas de morbi – mortalidad materna y perinatal.

En general, para realizar un control prenatal efectivo, de por sí ambulatorio, no se precisan instalaciones costosas, aparatos complicados, ni laboratorios sofisticados; pero sí se requiere el uso sistemático de una historia clínica que recoja y documente la información pertinente, y el empleo criterios 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 a la falta de menstruación durante dos periodos consecutivos concurra al servicio de salud.

El comienzo del control 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 embarazos normales la frecuencia del control prenatal es:

- 1 vez por mes hasta el sexto mes
- 1 vez cada 15 días en el séptimo y octavo mes
- 1 vez por semana hasta el nacimiento.

Lo mínimo son 5 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 y niveles de asistencia y la atención inmediata de los recién nacidos, contribuye a evitar muertes lesiones 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 materno 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 familiares, 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 perinatal efectivo:

- su costo, cuando no es gratuito para la usuaria; a esto hay que agregar gastos de transporte, pérdidas de horas laborales entre otros.
- La inadecuada capacidad del sistema de salud
- Problemas en la organización, en la práctica y hasta en la atmósfera con que se brinda el control
- Barreras de orden cultural

- Insensibilidad geográfica
- Descreimiento en las bondades del sistema de salud y en la necesidad del control.

El primer control prenatal incluye un interrogatorio que realiza el profesional en forma muy cuidadosa, acerca de los antecedentes de la embarazada y su familia. Estos datos se registra 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:

*1- Acciones generales:*

- Abrir la Historia Clínica en la cual se registra: nombre, edad dirección e información sobre la situación económica y cultura de la embarazada.
- Abrir ficha social.
- Medir el peso, talla, temperatura, pulso y presión arterial.
- Acciones educativas.

*2- Acciones específicas:*

- Anamnesis del presente embarazo, incluyendo la fecha de la última menstruación así como las dudas de la misma.
- Antecedentes obstétricos: gestación, paridad, momento y forma de terminación de los embarazos, peso y salud de los recién nacidos, puerperio y lactancia.
- Antecedentes personales, familiares y conyugales.
- Solicitud de exámenes de laboratorio tales como:
  - hemograma
  - proteinuria
  - glicemia
  - reacciones serológicas para sífilis
  - grupo sanguíneo, Rh

- Se recomienda así mismo estudiar:
  - crisis sanguínea
  - toxoplasmosis
  - citomegalovirus
  - hepatitis b
  - enfermedad Chagas en las zonas de mayor enfermedad (Departamentos del norte del Río Negro, Cerro Largo, Durazno y Soriano).

En esta primera consulta se abre el Carné Obstétrico y Perinatal.

Este indica en su etapa el Centro donde se controla la embarazada y sus datos personales.

Además resume los antecedentes, primera consulta y consultas subsiguientes así como exámenes de laboratorio.

Agrega asimismo en breve un resumen de datos del parto y del recién nacido.

Es importante que la madre conserve este carné, lo presente en cada una de las consultas y lo entregue en el momento de la internación para el parto.

Esto permitirá que se conozca la evolución del embarazo y del estado de salud de la madre y el niño hasta el momento, lo que favorecerá una mejor atención del parto.

En los controles subsiguientes se llevará a cabo las siguientes acciones:

*1- Acciones generales*

- obtención de la historia clínica realizada en el primer control
- evaluación de los análisis de laboratorio
- control de peso, pulso, y presión arterial.
- Acciones educativas

*2- Acciones específicas*

Anamnesis dirigida a detectar la aparición de los movimientos fetales o la presencia y desaparición de los mismos: hemorragia, amenaza de parto prematuro, infección urinaria, o elementos de toxemia gravídica.

- Examen clínico general.
- Examen clínico obstétrico.
- Medición de la altura uterina con cinta métrica.
- Auscultación de los latidos cardiacos fetales después de las 26 semanas.
- 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.
- Examen de orina en todas las consultas.
- Reacciones para la detección de sífilis en el tercer trimestre.
- Vacuna antitetánica luego del cuarto mes de embarazo. (\*)

- (\*) Schwarcz R. Et al . Atención prenatal y del parto de bajo riesgo. 1 ed. CLAPS. OMS. Montevideo. Uruguay. Julio 1991. N° 1234.

## DISEÑO METODOLOGICO

Para la realización de la investigación se utilizó un diseño descriptivo de corte transversal.

El universo lo constituyen todas las puerperas, en edades comprendidas entre 12 a 19 años inclusive, que concurren a la sala 4, del Hospital de la Mujer Centro Hospitalario Pereyra Rossell en el año 2002.

La muestra seleccionada se obtuvo por conveniencia económica temporal; la misma está integrada por 91 puerperas adolescentes usuarias de la sala 4 de dicho Hospital en el periodo comprendido entre el 3 al 17 de enero del año 2002.

Se caracterizó de acuerdo a la variable número de gestas en: primigestas y multigestas.

Las variables consideradas fueron: edad, número de gestas, estado civil, nivel de instrucción, ocupación, procedencia, (distancia en cuadras del domicilio al centro de salud más próximo), precocidad y periodicidad de los controles prenatales.

Para la recolección de datos se creó un formulario (VER ANEXO 2).

## OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

### **1- EDAD MATERNA**

#### **VARIABLE CUANTITATIVA DISCRETA**

**DEFINICIÓN CONCEPTUAL:** tiempo en años cumplidos de la puerpera adolescente.

**DEFINICIÓN OPERACIONAL:** tiempo en años cumplidos desde el nacimiento de la puerpera adolescente al momento de la entrevista.

#### **INDICADORES:**

- 12 años a 15 años
- 16 años a 19 años

## 2- N° DE GESTAS ANTERIORES

VARIABLE CUANTITATIVA ORDINAL

DEFINICIÓN CONCEPTUAL: es la cantidad de embarazos.

DEFINICIÓN OPERACIONAL: es la cantidad de gestaciones al momento de la entrevista.

INDICADORES

* HIJOS	SI	NO	N°
* ABORTOS	SI	NO	N°
* ÓBITOS	SI	NO	N°

## 3- ESTADO CIVIL

VARIABLE CUALITATIVA NOMINAL

DEFINICIÓN CONCEPTUAL: condición de la puerpera relacionado con el código civil.

DEFINICIÓN OPERACIONAL: convivencia con pareja o no según declaración de la propia puerpera.

INDICADORES

CON PAREJA:

- CASADA
- UNIÓN LIBRE

SIN PAREJA:

- SOLTERA
- DIVORCIADA
- VIUDA

#### **4- NIVEL INSTRUCCIÓN**

##### **VARIABLE CUALITATIVA ORDINAL**

**DEFINICIÓN CONCEPTUAL:** escolaridad de la usuaria.

**DEFINICIÓN OPERACIONAL:** último año aprobado.

##### **INDICADORES**

- PRIMARIA
- SECUNDARIA
- OTROS

#### **5- OCUPACIÓN**

##### **VARIABLE CUALITATIVA NOMINAL**

**DEFINICIÓN CONCEPTUAL:** empleo, oficio, actividades diarias de la embarazada.

**DEFINICIÓN OPERACIONAL:** tareas, desempeño de actividades diarias de la embarazada según su realización.

##### **INDICADORES:**

- TRABAJA
- NO TRABAJA
- ESTUDIA
- NO ESTUDIA

#### **6- PROCEDENCIA**

##### **VARIABLE CUALITATIVA NOMINAL**

**DEFINICIÓN CONCEPTUAL:** origen de donde proviene la embarazada, para conocer la distancia estimada de su casa al centro asistencial.

**DEFINICIÓN OPERACIONAL:** distancia en cuadras desde el hogar hasta el centro asistencial donde controló su embarazo.

##### **INDICADORES**

- MENOS DE DIEZ CUADRAS
- MÁS DE DIEZ CUADRAS

## **7- EDAD GESTACIONAL AL PRIMER CONTROL**

### **VARIABLE CUANTITATIVA CONTINUA**

**DEFINICIÓN CONCEPTUAL:** edad estimada del feto utilizando el primer día del último período menstrual normal, expresado en semanas completas.

**DEFINICIÓN OPERACIONAL:** edad estimada del feto utilizando el primer día del último período menstrual normal, expresado en semanas completas al primer control de embarazo.

### **INDICADORES**

#### **1° TRIMESTRE**

- 4 a 8 semanas
- 9 a 12 semanas

#### **2° TRIMESTRE**

- 13 a 17 semanas
- 18 a 24 semanas
- 22 a 25 semanas

#### **3° TRIMESTRE**

- 26 a 30 semanas
- 31 a 35 semanas
- 36 semanas en adelante

### **INDICADORES**

- ❖ S/ Control
- ❖ C/Control

- **Nº de controles hasta el 6º mes**

Lo esperado es un control por mes.

INADECUADO: 0 – 3 controles.

ADECUADO: 4 – 6 controles.

- **Nº de controles del 7º al 8º mes**

Lo esperado es un control cada 15 días.

INADECUADO: 0 – 2 controles.

ADECUADO: 3 – 4 controles.

- **Nº de controles durante el 9º mes**

Lo esperado es un control por semana.

CONTROL ADECUADO SEMANAL: cumple con un control por semana.

CONTROL INADECUADO EN FORMA SEMANAL: no cumple con un control por semana.

NO CONTROL: el recién nacido es pretermino.

### INDICE DE TABLAS

Distribución de la edad en las puerperas adolescentes -----	PÁG 30
Estado Civil -----	PÁG 30
Nivel de Instrucción -----	PÁG 31
Ocupación -----	PÁG 32
Distancia en cuádras al centro de salud -----	PÁG 32
Edad gestacional-----	PÁG 39

### INDICE DE GRAFICOS

Puerperas Adolescentes que no controlaron el embarazo-----	PÁG 33
Momento del primer control -----	PÁG 34
Número de controles -----	PÁG 35
Frecuencia de controles en el 6° mes de embarazo -----	PÁG 36
Frecuencia de los controles en el 7° y 8° mes -----	PÁG 37
Frecuencia de los controles en el 9° mes -----	PÁG 38

**TABLA N° 1**

**EDAD**

Edad de primigestas y multigestas en puerperas adolescentes del H.P.R. en la primer quincena de enero del año 2002.

<b>EDAD</b>	<b>PRIMIGESTAS</b>	
	F.A	P.R%
12 a 15 años	10	17%
16 a 19 años	48	83%

<b>EDAD</b>	<b>MULTIGESTAS</b>	
	F.A	F.R%
12 a 15 años	1	3%
16 a 19 años	32	97%

**TABLA N°2**

**ESTADO CIVIL**

Estado civil de primigestas y multigestas en puerperas adolescentes del H.P.R. en la primer quincena de enero del año 2002.

<b>ESTADO CIVIL</b>	<b>PRIMIGESTAS</b>	
	FA	FR%
UNIÓN LIBRE	29	50%
SOLTERA	29	50%
TOTAL	58	100%
<b>ESTADO CIVIL</b>	<b>MULTIGESTAS</b>	
	FA	FR%
CASADA	1	3%
UNIÓN LIBRE	23	70%
SOLTERA	9	27%
TOTAL	33	100%

(H.P.R.) = Hospital Pereyra Rossell

**TABLA N°3:**

**NIVEL DE INSTRUCCIÓN**

**Nivel de instrucción según de primigestas y multigestas en las puerperas adolescentes del H.P.R en la primera quincena de enero del año 2002.**

<b>NIVEL DE INSTRUCCIÓN</b>	<b>PRIMIGESTAS</b>	
	<b>FA</b>	<b>FR%</b>
<b>PRIMARIA INCOMPLETA</b>	7	12%
<b>PRIMARIA COMPLETA</b>	27	46%
<b>SECUNDARIA INCOMPLETA</b>	24	41%
<b>SECUNDARIA COMPLETA</b>	-	-
<b>TOTAL</b>	<b>58</b>	<b>100%</b>

<b>NIVEL DE INSTRUCCIÓN</b>	<b>MULTIGESTAS</b>	
	<b>FA</b>	<b>FR%</b>
<b>PRIMARIA INCOMPLETA</b>	4	12%
<b>PRIMARIA COMPLETA</b>	18	55%
<b>SECUNDARIA INCOMPLETA</b>	10	30%
<b>SECUNDARIA COMPLETA</b>	1	3%
<b>TOTAL</b>	<b>33</b>	<b>100%</b>

**TABLA N°4:**

**OCUPACIÓN**

Ocupación de primigestas y multigestas en las puerperas adolescentes del H.P.R. en la primera quincena de enero del año 2002.

<b>OCUPACIÓN</b>	<b>PRIMIGESTAS</b>	
	<b>FA</b>	<b>FR%</b>
<b>ESTUDIA</b>	5	9%
<b>TRABAJA</b>	6	10%
<b>NO ESTUDIA Y NO TRABAJA</b>	47	81%
<b>TOTAL</b>	<b>58</b>	<b>100%</b>
<b>OCUPACIÓN</b>	<b>MULTIGESTAS</b>	
	<b>FA</b>	<b>FR%</b>
<b>TRABAJA</b>	3	9%
<b>NO ESTUDIA Y NO TRABAJA</b>	30	91%
<b>TOTAL</b>	<b>33</b>	<b>100%</b>

**TABLA N°5**

**PROCEDENCIA:**

Distancia en cuadras desde su domicilio al centro de salud más próximo en las puerperas adolescentes del H.P.R. en la primer quincena de enero del año 2002.

<b>PROCEDENCIA</b>	<b>PRIMIGESTAS</b>	
	<b>FA</b>	<b>FR%</b>
<b>MENOS DE 10 CUADRAS</b>	24	41%
<b>MÁS DE 10 CUADRAS</b>	34	59%
<b>TOTAL</b>	<b>58</b>	<b>100%</b>
<b>PROCEDENCIA</b>	<b>MULTIGESTAS</b>	
	<b>FA</b>	<b>FR%</b>
<b>MENOS DE 10 CUADRAS</b>	18	54%
<b>MÁS DE 10 CUADRAS</b>	15	46%
<b>TOTAL</b>	<b>33</b>	<b>100%</b>

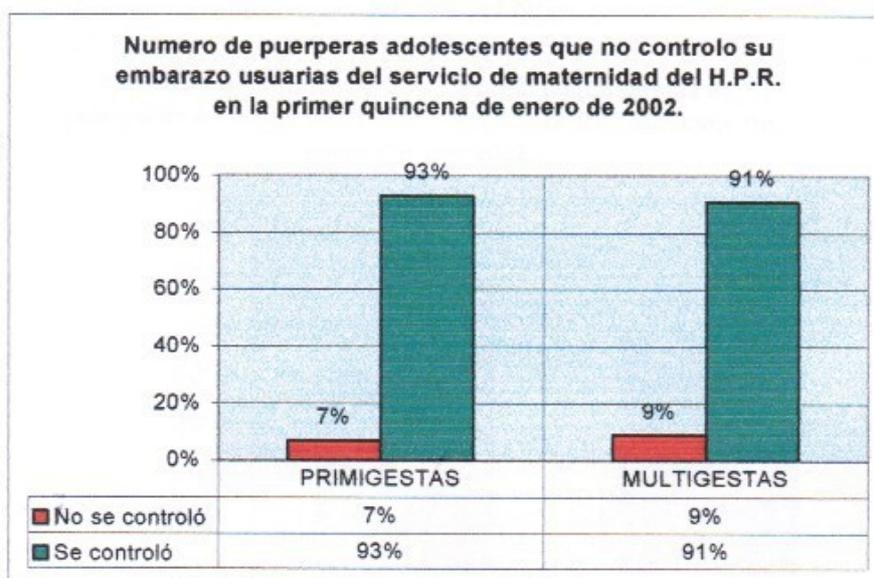
TABLA N°6:

**PUERPERAS ADOLESCENTES QUE NO SE CONTROLARON EL EMBARAZO**

Puerperas adolescentes que no controlaron su embarazo del servicio de maternidad del H.P.R. en la primer quincena de enero del año 2002.

	FA	FR%
PRIMIGESTAS	4	7%
MULTIGESTAS	3	9%

GRÁFICO N°6



El 93% de las puerperas adolescentes primigestas controlaron su embarazo mientras que las puerperas adolescentes multigestas lo realizan en un 91%.

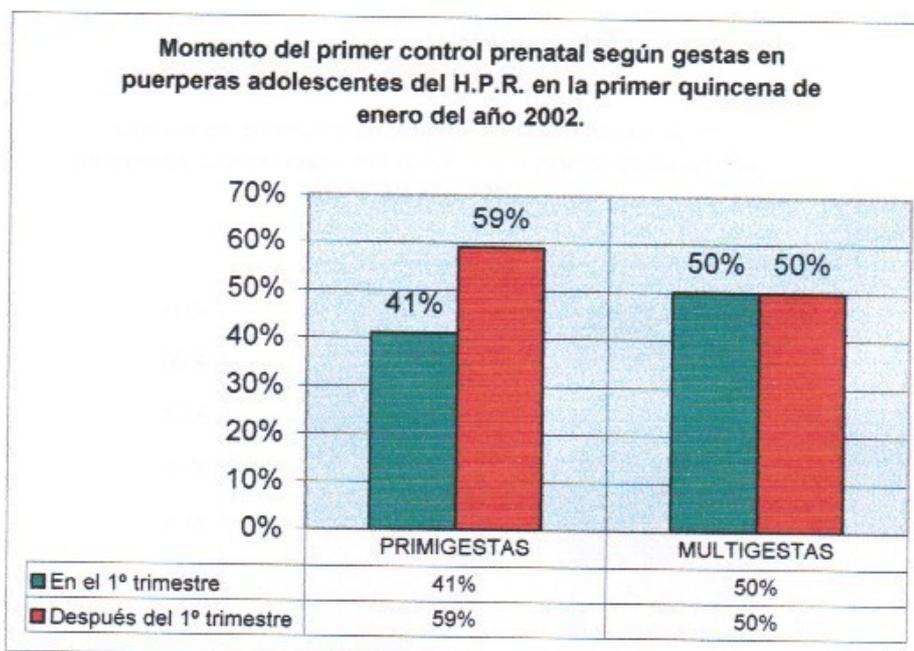
TABLA N°7:

**MOMENTO DEL PRIMER CONTROL**

Momento del primer control prenatal según gestas en puerperas adolescentes del H.P.R. en la primer quincena de enero del año 2002.

PRIMIGESTAS	FA	FR%
EN EL 1° TRIMESTRE	22	41%
LUEGO DEL 1° TRIMESTRE	32	59%
TOTAL	54	100%
MULTIGESTAS	FA	FR%
EN EL 1° TRIMESTRE	15	50%
LUEGO DEL 1° TRIMESTRE	15	50%
TOTAL	30	100%

GRÁFICO N°7



En cuanto al momento del control prenatal se observa: que las primigestas presentan un mayor porcentaje de casos, que consultan tardíamente.

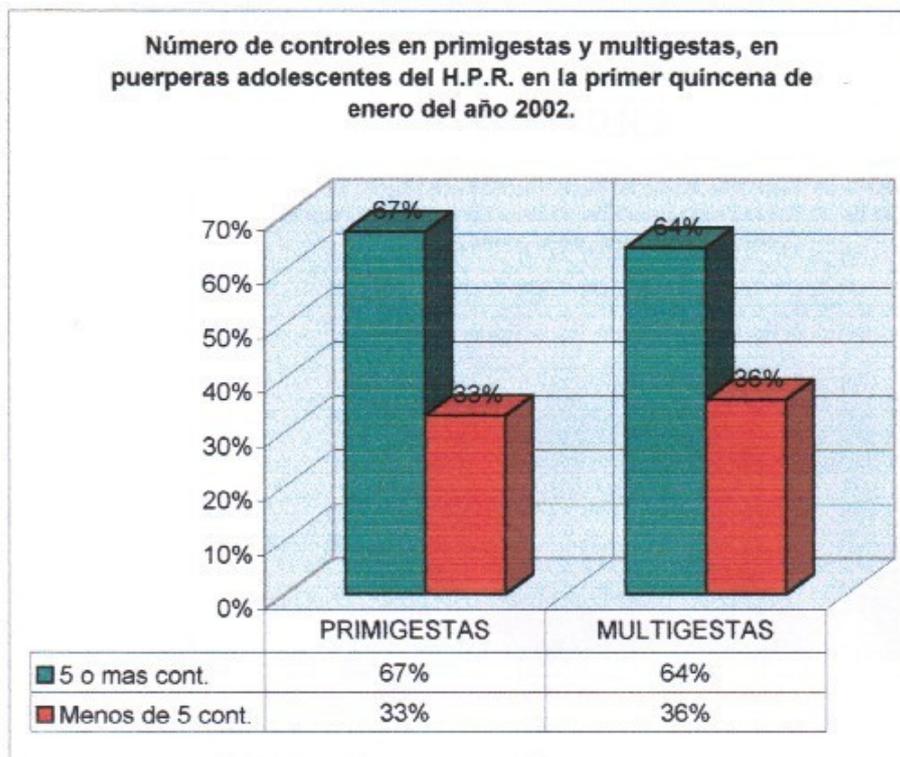
**TABLA N°8:**

**CONTROLES PRENATALES SEGÚN CRITERIOS DEL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA**

Numero de controles según gestas en puerperas adolescentes del H.P.R. en la primer quincena de enero del año 2002.

CONTROLES PRENATALES	PRIMIGESTAS	
	FA	FR%
<b>MENOS DE 5 CONTROLES</b>	19	33%
<b>5 O MÁS CONTROLES</b>	39	67%
<b>TOTAL</b>	<b>58</b>	<b>100</b>
		%
	MULTIGESTAS	
	FA	FR%
<b>MENOS DE 5 CONTROLES</b>	12	36%
<b>5 O MÁS CONTROLES</b>	21	64%
<b>TOTAL</b>	<b>33</b>	<b>100</b>
		%

**GRÁFICO N°8**



Ambas poblaciones se comportan de manera similar y la mayoría cumple con las normas del Ministerio de Salud Pública o sea realiza como mínimo más de 5 controles de su embarazo.

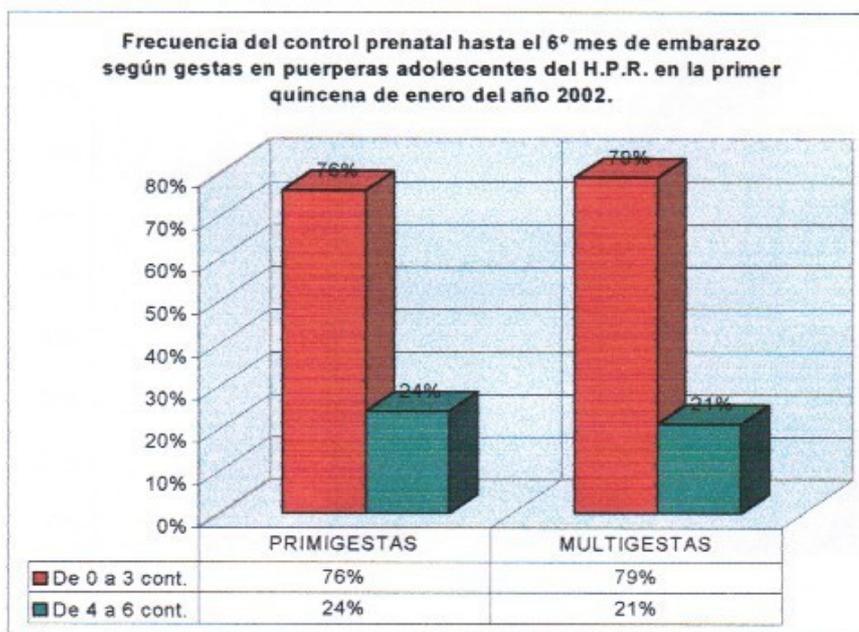
TABLA N°9:

**PERIODICIDAD DE LOS CONTROLES PRENATALES**

Frecuencia del control prenatal hasta el 6° mes de embarazo en puerperas adolescentes del H.P.R. en la primer quincena de enero del año 2002.

PERIODICIDAD	PRIMIGESTAS	
	FA	FR%
0 - 3 CONTROLES	44	76%
4 - 6 CONTROLES	14	24%
TOTAL	58	100%
	MULTIGESTAS	
	FA	FR%
0 - 3 CONTROLES	26	79%
4 - 6 CONTROLES	7	21%
TOTAL	33	100%

GRÁFICO N°9



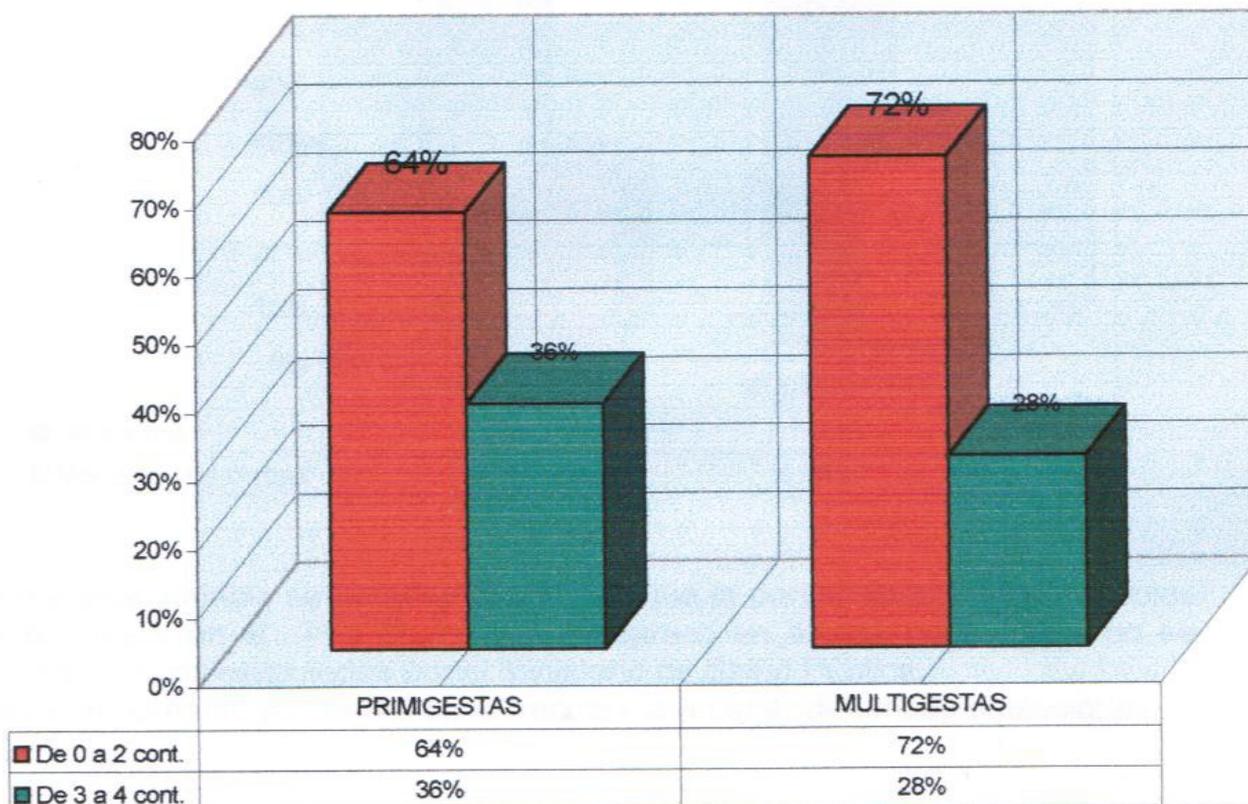
**TABLA N°10**

Frecuencia del control prenatal en el 7° y 8° mes de embarazo, en primigestas y multigestas, en puerperas adolescentes del H.P.R. en la primer quincena de enero del año 2002.

PERIODICIDAD	PRIMIGESTAS	
	FA	%
0 – 2 CONTROLES	37	64%
3 – 4 CONTROLES	21	36%
TOTAL	58	100%
	MULTIGESTAS	
	FA	%
0 – 2 CONTROLES	24	72%
3 – 4 CONTROLES	9	28%
TOTAL	33	100%

**GRÁFICO N°10**

**Frecuencia del control prenatal en el 7° y 8° mes de embarazo, según gestas, en puerperas adolescentes del H.P.R. en la primer quincena de enero del año 2002.**

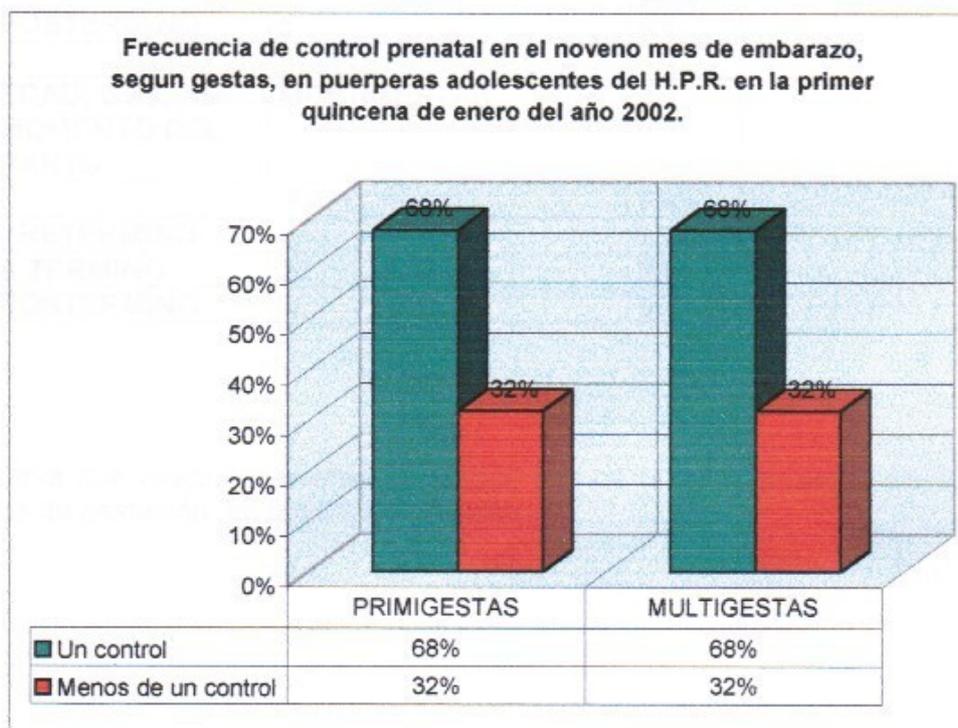


**TABLA N°11**

Frecuencia del control prenatal en el 9° mes de embarazo, según gestas, en puerperas adolescentes del H.P.R. en la primer quincena de enero del año 2002.

PERIODICIDAD	PRIMIGESTAS	
	FA	FR%
MENOS DE 1 CONTROL POR SEMANA	13	32%
1 CONTROL POR SEMANA	28	68%
TOTAL	41	100%
PERIODICIDAD	MULTIGESTAS	
	FA	FR%
MENOS DE 1 CONTROL POR SEMANA	8	32%
1 CONTROL POR SEMANA	17	68%
TOTAL	25	100%

**GRÁFICO N°11**



Referente a esta variable se pone de manifiesto que la periodicidad de los controles hasta el 6° mes y en el 7° y 8° mes de embarazo en ambas poblaciones no se ajustan a los criterios estipulados por el Ministerio de Salud Pública. Se observa un aumento sustancial en la frecuencia en el 9° de ambas poblaciones.

También se observa una conducta similar entre ambos subgrupos, no detectándose diferencias significativas.

TABLA N°12

**EDAD GESTACIONAL AL MOMENTO DEL PARTO**

Distribucion de los partos en primigestas y multigestas, en el H.P.R. en la primer quincena de enero del año 2002.

EDAD GES. AL MOMENTO DEL PARTO	PRIMIGESTAS	
	FA	FR%
PRETERMINO	13	22%
A TERMINO	40	69%
POSTERMINO	5	9%

EDAD. GES. AL MOMENTO DEL PARTO	MULTIGESTAS	
	FA	FR%
PRETERMINO	5	15%
A TERMINO	25	76%
POSTERMINO	3	9%

Se observa que mayoritariamente los partos son de término, o sea entre 37 a 40 semanas de gestación, en ambas poblaciones.

## ANÁLISIS Y COMENTARIOS

La adolescencia es un periodo de crisis, un momento crucial en el desarrollo del ser humano, se logra un cuerpo apto para la procreación y se produce la estructuración definitiva de la personalidad, esta etapa esta comprendida entre los 12 y los 19 años de edad.

El efecto emocional de las experiencias sexuales durante este periodo pueden tener repercusiones en todos los ámbitos de su vida.

Cerca del 60% de las adolescentes solteras han tenido relaciones sexuales antes de los 19 años.

Esto sumado a medidas contraceptivas inadecuadas e ineficaces lleva a un alto riesgo de embarazo en este grupo etareo

En el Hospital Pereyra Rossell, se producen un promedio mensual de 190 partos.

La muestra esta compuesta por 91 puerperas adolescentes, en la primera quincena del mes de enero del año 2002, dicha cifra se asemeja a los valores promedios quincenales.

En su mayoría, en un 64% correspondió a puerperas adolescentes primigestas y el 36% restante eran multigestas, existe una relación de 1.7 puerperas adolescentes primigestas por cada puerpera adolescente multigesta.

Referente a la edad observamos que ambas subgrupos se comportan de forma heterogénea y asimétrica.

Más del 80% de la muestra presenta edades entre 16 años a 19 años de edad, acentuándose dicha condición en las multigestas.

□ En primigestas:

La edad promedio es de 17 años, y el Desvío estándar es de 1,02 años.

□ En multigestas:

La edad promedio es de 18 años, y el Desvío estándar es de 1,65 años.

La medida de tendencia central media, evidencia que en las puerperas adolescentes primigestas se halla un valor menor que en las multigestas. Al análisis bivariado ji cuadrado dicha diferencia no configura una asociación estadística.

Con respecto al estado civil, existen diferencias importantes entre los subgrupos, la mayoría de las puerperas adolescentes multigestas presentan pareja en un 73% a diferencia de las puerperas adolescentes primigestas que presentan pareja en un 50%.

Es conocido que las puerperas adolescentes tienen menos probabilidad de completar su educación, de conseguir empleo, y establecer su independencia y seguridad en forma adecuada para preverse por sí misma.

Esto se ve reflejado en ambos subgrupos muestrales con respecto al nivel de instrucción y a la ocupación mostrando un bajo nivel educativo (un 12% de las puerperas adolescentes no completaron los estudios primarios) y alto índice de desocupación, (mayor al 80%).

Con respecto a la distancia del centro de salud a su domicilio, se observa que las puerperas adolescentes primigestas viven a más de 10 cuadras del más próximo (59%) mientras que las puerperas adolescentes multigestas en su mayoría viven a menos de 10 cuadras del centro de salud más próximo a su domicilio (54%).

**El control prenatal** es la serie de contactos, entrevistas y/o visitas programadas de la embarazada con los integrantes del equipo de salud, con el objetivo de vigilar la evolución del embarazo y obtener una adecuada preparación para el parto y la crianza.

Más del 90% de primigestas y multigestas, cumplieron con dicha condición.

Para que el control prenatal sea eficaz y eficiente debe cumplir con 4 características:

- Precoz
- Periódico
- Completo
- Amplia cobertura.

Se estudiaron dos de las mismas:

- Precocidad, y
- Periodicidad.

Entendemos por **PRECOCIDAD**, el comienzo del control prenatal en los tres primeros meses de embarazo (captación precoz) es de gran importancia ya que promueve el desarrollo del embarazo dentro de la normalidad, evitando riesgos para el binomio madre hijo.

El embarazo en este grupo etario se da como un evento no programado lo cuál determina una actitud de rechazo y ocultamiento de su condición, lo que lleva a un control prenatal tardío y/o insuficiente. Observamos una actitud similar en los subgrupos, ya que la minoría consulta en forma oportuna o precoz, 38% en puerperas adolescentes primigestas y 46% en puerperas adolescentes multigestas.

En cuanto a la PERIODICIDAD, es importante conocer el número de controles prenatales realizados por la puerpera adolescente así como también la frecuencia de los mismos.

Para el número de controles prenatales, nos basamos en las normas establecidas por el Ministerio de Salud Pública, en la cuál se establece que el mínimo requerido es de 5 controles prenatales.

Se observó una conducta similar en los subgrupos, aproximadamente las 2/3 partes (cerca del 70%) realizaron 5 o más controles durante el desarrollo de su embarazo.

Hasta el 8° mes de embarazo ambos subgrupos se comportan en forma similar no ajustándose a los criterios del Ministerio de Salud Pública, ya que las 2/3 partes (cerca del 70%) realizan los controles prenatales con una baja frecuencia.

En contraposición en el 9° mes de embarazo (en el cuál la norma es un control prenatal por semana), excluyéndose a los partos pretermino; se observa un aumento significativo en ambos subgrupos muestrales en el cumplimiento de la frecuencia pertinente, aproximadamente las 2/3 partes (casi el 70%) de la misma cumplió con el requisito de un control prenatal por semana.

## CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS

Concluimos que en la muestra seleccionada no existe una asociación entre el número de gestas y las características del control prenatal ya que primigestas y multigestas se comportan en formas similar en cuanto a la precocidad y periodicidad de los controles prenatales.

La condición de ser puerpera adolescente multigesta, no implica necesariamente una conducta hacia el control prenatal en forma diferente de las puerperas adolescentes primigestas.

Primigestas y multigestas, realizan el control prenatal en forma inadecuada en cuanto a la precocidad y la periodicidad ya que la mayoría consultan en forma tardía y con una baja frecuencia en los dos primeros trimestres de embarazo; observándose un cambio conductual en el noveno mes del mismo mejorando sustancialmente la frecuencia de los controles.

Esta actitud frente al control prenatal se corresponde con algunas de las características del adolescente de estrato socioeconómico bajo, en los que los mandatos culturales, socioeconómico, y educacionales marcan su conducta.

Destacamos que ambos subgrupos presentan una conducta deficitaria con respecto a la prevención.

Lo cuál nos conduce a reafirmar en esta población, la importancia del control prenatal precoz y periódico y las causas que podrían estar condicionando este comportamiento, incentivando la promoción del vínculo madre – hijo y previniendo posibles complicaciones.

Como futuros profesionales debemos mejorar las políticas y/o estrategias institucionales de primer nivel de atención para incentivar los controles prenatales en tiempo y forma en las adolescentes.

Debemos tener en cuenta que de acuerdo al tipo de estudio, existen variables como por ejemplo la edad y el estado civil que a la descripción analítica de dichos subgrupos presentan una distribución desigual.

Para extrapolar los resultados a la población en general no se puede dejar de considerar la incidencia de estas variables en los mismos.

Como sugerencia se debería realizar un estudio con otro tipo de diseño, dándole a los resultados mayor acercamiento a la realidad, desde el punto de vista estadístico, por ejemplo, que sea del tipo longitudinal y con un tamaño muestral mayor o un estudio capaz de controlar las variables secundarias.

## **GLOSARIO**

### **A**

**ABORTO:** finalización del embarazo cuando el feto pesa menos de 500 gramos o pérdida del embarazo antes de los 139 días (20 semanas antes de la última regla).

**A TERMINO:** producto de la concepción nacido vivo con una edad gestacional entre 37 a 40 semanas de gestación, y con un peso mayor a 1800 gr.

### **C**

#### **CONTROL PRENATAL AL PRIMER CONTROL:**

es la serie de contactos, entrevistas, o visitas programadas de la embarazada con integrantes del equipo de salud, con el objetivo de vigilar, la evolución del embarazo y obtener una adecuada preparación para el parto y la crianza.

Las características del control prenatal son la precocidad y la periodicidad.

La precocidad es la consulta con el equipo de salud dentro de los tres primeros meses de embarazo.

La periodicidad significa la frecuencia de los controles prenatales basado en las normas establecidas por el Ministerio de Salud Pública.

Según normativas del MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA en embarazos normales la frecuencia del control prenatal es:

- 1 vez por mes hasta el sexto mes
- 1 vez cada 15 días en el séptimo y octavo mes
- 1 vez por semana hasta el nacimiento.

## E

**EMBARAZO:** gestación o proceso de crecimiento y desarrollo de un nuevo individuo en el seno materno, abarca desde el momento de la concepción hasta el nacimiento pasando por los periodos embrionarios y fetal (aproximadamente de 37 a 41 semanas), período de tiempo comprendido desde la fertilización del óvulo hasta el parto.

## H

**HIJO:** producto vivo de la concepción.

M

**MULTIGESTA:** mujer embarazada por dos o más veces.

O

**ÓBITO:** producto muerto resultante de la interrupción de la gestación que se produce luego de las 20 semanas antes de la última regla.

P

**POSTERMINO:** producto de la concepción nacido vivo, con una edad gestacional mayor a 40 semanas.

**PRETERMINO:** producto de la concepción nacido vivo entre 20 a 36 semanas con un peso menor a 1800 gr.

**PRIMIGESTA:** mujer embarazada por primera vez.

## **BIBLIOGRAFÍA**

### **LIBROS**

- Canales, Francisco. "Metodología de la Investigación". OPS. OMS. Serie Paltex 2º Edición. 1994.
- Diccionario de la Lengua Española. XIX Edición. Madrid. España. 1970.
- Diccionario Médico. Océano- Mosby. Edición en Español de 1996.
- Dickanson et al. "Enfermería Materno Infantil". 2º Edición. Madrid. España. Harcourt Brace. 1997. Páginas 46-52, 147 – 151.
- Meneghello J. Pediatría. Cuarta edición. Vol 1. Editorial Doyma. Barcelona. España. 1985.
- Polit D. y Hungler B. "Investigación Científica en Ciencias de la Salud". Quinta Edición Interamericana. México. 1995.
- Schwarcz R. et al. Atención prenatal y del parto de bajo riesgo. 1 ed. CLAP.OMS. Montevideo. Uruguay. Julio 1991. N°1234

## REVISTAS

- Consejo Estela. "Salud integral y embarazo precoz". En Documento Especial N°3 Octubre de 1994 de la Universidad de la República Oriental del Uruguay – Ministerio de Salud Pública - Unicef – página 43 – 45.
- OPS. "La salud del adolescente y el joven de las Américas". Publicación N°489. Twenty Third street. New York. Washington D.C. 1985
- OPS. Dr. José Antonio Solís. "Consultor Materno infantil". 1° Edición. Washington D.C. 1988.
- Entrevista realizada al Dr. José Cuadro, profesor grado 5 e la Cátedra de Ginecología de la Facultad de Medicina, artículo - el Diario Médico-agosto2000" pag.8y9 (sin autor).
- Andrea Tabarez. Entrevista realizada a la presidenta de la Sociedad Uruguaya de Ginecología de la Infancia y la adolescencia: la Dra. Silvia Lima. "Artículo-diario el observador del 3 de julio 2000". pag.3.

## TESIS

- Faust Sandro et al. "CARACTERIZACIÓN DE LAS EMBARAZADAS QUE NO CUMPLEN CON LA CANTIDAD MÍNIMA DE CONTROLES PRENATALES". Instituto Nacional de Enfermería. Octubre del 1999. Montevideo, Uruguay.
- Dutra Rosana et al. "CARACTERÍSTICAS DE LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS SEGÚN LAS DIFERENTES ETAPAS DE LA ADOLESCENCIA Y SU RELACIÓN CON EL PRIMER CONTROL DE SU EMBARAZO EN LA POLICLÍNICA DEL ADOLESCENTE DEL HOSPITAL PEREYRA ROSSELL". Instituto Nacional de enfermería. Montevideo. Agosto de 1999. Montevideo, Uruguay.

## INTERNET

- [www.embarazada.com/Etapas016C.asp](http://www.embarazada.com/Etapas016C.asp)
- [www.hsph.harvard.edu/Organizations/healthnet/ spanish/course/se.../rico\\_atkin.htm](http://www.hsph.harvard.edu/Organizations/healthnet/spanish/course/se.../rico_atkin.htm)
- [www.members.tripod.com/sibumce/estruct.html](http://www.members.tripod.com/sibumce/estruct.html)
- [www.vanguardia.com.mx/circulo/archosicuales/septiembre/25/ana.html](http://www.vanguardia.com.mx/circulo/archosicuales/septiembre/25/ana.html)
- [www.tripod.com/sibumce/colabora.html](http://www.tripod.com/sibumce/colabora.html)
- [www.tuotromedico.com/temas/embarazo\\_adolescencia.htm](http://www.tuotromedico.com/temas/embarazo_adolescencia.htm)
- [www.urban.org/family/adol\\_espanol.html](http://www.urban.org/family/adol_espanol.html)

# ANEXOS

### INDICE DE ANEXO

ANEXO 1	-----	Protocolo
ANEXO 2	-----	Formulario
ANEXO 3	-----	Diagnostico de Situación
ANEXO 4	-----	Tablas y Gráficos
ANEXO 5	-----	Procesamiento de datos
ANEXO 6	-----	Cronograma de Gantt

# ANEXO 1

UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA ORIENTAL DEL URUGUAY  
INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMERÍA  
DEPARTAMENTO MATERNO INFANTIL

**PROTOCOLO**  
**CARACTERÍSTICAS DEL CONTROL PRENATAL**  
**EN LAS EMBARAZADAS ADOLESCENTES**

**AUTORES:** FERREIRA BEATRIZ N° 95010  
MORALES CARLA N° 92066  
ROMANIELLO MARÍA ROSA N° 97059  
VASCONCELLOS MARCELO N° 97125

**TUTOR:** Licenciada en Enfermería MERCEDES PEREZ  
Licenciada en Enfermería MARÍA SCHESTACK

Montevideo 27 de diciembre del 2001

## INDICE

INTRODUCCIÓN-----	PÁGINA 55
TEMA-----	PÁGINA 56
PROBLEMA-----	PÁGINA 57
OBJETIVOS-----	PÁGINA 58
FUNDAMENTACIÓN-----	PÁGINA 59
MARCO TEÓRICO-----	PÁGINA 62
DISEÑO METODOLOGICO-----	PÁGINA 76
RECOLECCIÓN DE DATOS Y VARIABLE-----	PÁGINA 77
PLAN DE ANÁLISIS Y METODOLOGÍA-----	PÁGINA 84
RECURSOS HUMANOS Y MATERIALES-----	PÁGINA 85
RECURSOS FINANCIEROS Y COORDINACIÓN-----	PÁGINA 86
INSTRUCTIVO DEL FORMULARIO -----	PÁGINA 87
GLOSARIO-----	PÁGINA 88
BIBLIOGRAFÍA-----	PÁGINA 91

## INTRODUCCIÓN

El presente protocolo de investigación, será realizado por cuatro estudiantes del Instituto Nacional de enfermería de generación 97, cumpliendo con la exigencia curricular de desarrollar un trabajo científico para la obtención del título académico, en el área del Departamento de Enfermería Materno Infantil.

Siendo el tema seleccionado: "control prenatal en el embarazadas adolescentes", se priorizó el siguiente problema: "¿Existe diferencia entre las primigestas y multigestas en cuanto a las características del control prenatal precocidad y periodicidad en las puerperas adolescentes?".

El interés por el mismo surge: por la inquietud del grupo investigador en cuanto a experiencias, en áreas de primer nivel de atención de enfermería, materno infantil; observándose un incremento del número de embarazos en adolescentes, y la realización de controles prenatales en forma inadecuadas, lo que conlleva a consecuencias negativas para el binomio madre e hijo.

Se obtuvieron datos estadísticos del Hospital de la Mujer Centro Hospitalario Pereyra Rossell en el año 2000 en el cual nacen 8500 niños al año, el 27% son hijos de madres adolescentes, de las cuales la mayoría de ese 27%, ingresa con 2,3 y 4 partos anteriores y un 17% no tubo contacto previo al parto con el equipo de salud, teniendo en cuenta que el control prenatal puede verse afectado por diversos factores, socioeconómicos, culturales y biológicos.

La aplicación del presente protocolo permitirá al grupo investigador describir la situación de la población en estudio (primigestas, multigestas) en lo referente a la precocidad y periodicidad de los controles prenatales .

La recolección de la información se llevara a cabo en un tiempo de 15 días, entre el 3 y 17 de enero del año 2002 en las puérperas adolescentes de la sala 4 de maternidad del Hospital de la mujer, centro Hospitalario Pereyra Rossell.

**TEMA:**

"Control prenatal en la embarazada adolescente."

## **PROBLEMA:**

¿Existen diferencias entre las primigestas y multigestas en cuanto a las características del control prenatal en las puerperas adolescentes de la sala 4 del Hospital de la Mujer Centro Hospitalario Pereyra Rossell, en la primera quincena del mes de enero del año 2002?

## **OBJETIVO GENERAL**

- Describir la relación entre el número de gestas y las características del control prenatal, en las puerperas adolescentes del Hospital Pereyra Rossell en la primera quincena de enero del año 2002.

## **OBJETIVOS ESPECIFICOS**

- ◆ Determinar el número de puerperas adolescentes cuantificando primigestas y multigestas por separado.
- ◆ Caracterizar a cada grupo (de primigestas y de multigestas) de acuerdo a la edad, estado civil, nivel de instrucción, ocupación, procedencia (distancia al centro de salud más próximo).
- ◆ Identificar y comparar la población de cada grupo que consulta por primera vez en el primer trimestre del embarazo.
- ◆ Comparar el número y frecuencia de controles prenatales en las primigestas y en las multigestas.

## FUNDAMENTACIÓN

Según cifras oficiales obtenidas por el Ministerio de Salud Pública y la fundación "Álvarez Caldeyro Barcia", se produjeron 56.000 mil nacimientos al año, de los cuales 33.000 mil nacen en mutualistas y sanatorios y 23.000 en Hospitales del Ministerio de Salud Pública (M.S.P).

En el Hospital Pereyra Rossell nacen 8.500 niños al año, el 27% son hijos de madres adolescentes, de los cuales casi la mitad (un 10%) son jóvenes menores de 15 años (en instituciones privadas este porcentaje alcanza el 3,5% y son escasos los partos en menores de 15 años).

"La mayoría de ese 27% ingresa con dos, tres y cuatro partos anteriores y un 17% no tuvo contacto previo al parto, con el equipo de salud (médicos, parteras, enfermeros, otros).

El 43% del total de las primíparas del Hospital de la Mujer Centro Hospitalario Pereyra Rossell son menores de 19 años." (1)

"No es falta de información lo que provoca el aumento de embarazos en Adolescentes, sino causas más profundas, relacionado con la escala de valores, de este grupo social; en estratos sociales bajos, lo culturalmente aceptado es que la mujer se embarace y sea madre para lograr un status social destacado.

Conciben la tenencia de un hijo, como el objetivo principal en la vida en su mayoría no estudian, no trabajan y provienen de familias desintegradas, son solteras o abandonadas por sus compañeros."(2)

Según cifras oficiales, a nivel del Ministerio de Salud Pública desde el año 1994 al año 1999, en Montevideo:

- El porcentaje de embarazos no controlados pasó en el Centro hospitalario Pereyra Rossell (donde se producen el 30% de los partos institucionales del

- país), de 26% a 17%, lo cuál supone una reducción del 35%. En las embarazadas adolescentes esta reducción fue del 41,3%.
- El porcentaje de embarazadas bien controladas (con 5 o más controles) se incrementó en un 20,2%, y un 19,5% en el caso de las adolescentes.
  - El porcentaje de captación del embarazo antes de las 20 semanas se incrementó de 44,2% a 52,1%, con una variación de más de 18%; en el caso de las embarazadas adolescentes esta variación fue del 19%.

Si bien dichas cifras evidencian una mejora en el primer nivel de atención en salud pública a través de una cobertura más amplia de los controles prenatales y una mayor concurrencia a los mismos, los datos distan de ser ideales y de la realidad que se vive a nivel del subsector privado de la salud.

Esto hace que el tema de la cobertura de los controles prenatales siga siendo un problema de magnitud, mas aun en las adolescentes por su condición de mayor riesgo de alteración en la salud del binomio. Por tal motivo hacia dicha dirección debemos apuntar enfáticamente, para mejorar en conocimientos en esa área, y fomentar las políticas de prevención, elevando no solo la calidad de vida de la población sino también el nivel de prestación de servicios.

"El embarazo en este grupo etareo se presenta como un evento no programado lo que determina una actitud de rechazo y ocultamiento de su condición lo que lleva a un control prenatal tardío e insuficiente". (3)

El comienzo del control en los tres primeros meses de 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.

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

Sabemos que el control prenatal puede verse afectado por diversos factores socioeconómicos, culturales, y/o biológicos.

Esto genera la interrogante de conocer si existen otros factores que condicionan las características del control prenatal, entre ellos la experiencia del contacto con el equipo de salud que se produce en embarazos anteriores (caso de las multigestas).

Las características del control prenatal a que se hace referencia son la precocidad y la periodicidad del mismo.

Cuando mencionamos la precocidad nos referimos a la consulta con el equipo de salud dentro de los tres primeros meses de embarazo y periodicidad significa la frecuencia de los controles prenatales basado en las normas establecidas por el Ministerio de Salud Pública.

Esta investigación es de utilidad para enfermería, ya que colabora aportando conocimientos para una mayor eficacia en la elaboración y ejecución de los planes de atención y programas de educación en el primer nivel de atención, favoreciendo de esta manera la salud del binomio madre hijo.

- (1) Según el Dr. José Cuadro, profesor grado 5 de la Facultad de Medicina, artículo- el diario medico-agosto2000" pag.8y9 (sin autor). Datos obtenidos de la Fundación Caldeyro Barcia.
- (2) Según la presidenta de la Sociedad Uruguaya de Ginecología de la Infancia y la adolescencia: la Dra. Silvia Lima  
"artículo- diario el observador del 3 de julio 2000"  
pag.3. Andrea Tabarez. "artículo- diario el observador del 3 de julio 2000".
- (3) Según la Directora de la Policlínica del Adolescente del Hospital Pereyra Rossell: la Doctora Estela Conselo.

## MARCO TEÓRICO

### **ADOLESCENCIA**

La adolescencia es una etapa particular que esta comprendida entre los 12 a 19 años de edad, la misma debe ser abordado con la mayor naturalidad.

*En esta etapa se observan las siguientes características:*

- Búsqueda de sí mismo y de la identidad.
- Tendencia grupal.
- Necesidad de intelectualizar, fantasear (para proyectarse en la vida).
- Crisis religiosas.
- Educación sexual- Autoerotismo – Heterosexualidad.
- Actitud social reivindicadora.
- Contradicciones en la conducta.
- Separación progresiva de los padres.
- Cambios de humor, y del estado de ánimo.
- "hacia donde transita", hacia una redefinición de su propia imagen corporal – elaboración de duelos-, culmina el proceso de separación; establecer su propia escala de valores
- se asumen nuevas funciones y papeles auto otorgados.
- Definición de proyectos de vida.

"¿Cuándo finaliza?"

Finaliza cuando:

- tiene capacidad para establecer compromisos profesionales
- mantenerse (independencia económica)
- adquiere un sistema de valores personales (moral propia)

- relación de reciprocidad con la generación precedente (sobre todo sus padres).
- se logra establecer una identidad sexual
- se obtienen relaciones sexuales y afectivas, saludables estables
- se logra establecer una identidad sexual

La adolescencia es un periodo de crisis, un momento crucial en el desarrollo del ser humano, se logra un cuerpo apto para la procreación y se produce la estructuración definitiva de la personalidad.

Es un periodo en el cual se consolida la propia identidad.

*Nos referimos a la misma como la capacidad del individuo de reconocerse a sí mismo en tiempo y espacio; su imagen corporal; recordarse en el pasado; proyectarse en el futuro con vínculos de integración social inicialmente con figuras paternas y posteriormente con otros.*

- (\*) Meneghello J. *Pediatría*. Cuarta edición. Vol 1. Editorial Doyma. Barcelona. España. 1985.

## PUBERTAD EN LAS MUJERES

Se marca con la menarca, prueba de que el sistema hormonal ha comenzado a funcionar. (\*)

En la parte baja del cerebro se encuentran dos órganos estrechamente relacionados: el hipotálamo, que es el centro de regulación y del control y la hipófisis que es el director de todo el sistema hormonal.

Hacia los 7 u 8 años, la hipófisis estimulada por el hipotálamo, se pone en funcionamiento y secreta dos hormonas, la hormona folículo estimulante (FCH) y la hormona luteinizante (IH).

Con el aumento progresivo de esas dos hormonas, los órganos sexuales, los ovarios, se ponen en funcionamiento. Estos a su vez están estimulados por la FSH y la LH, secretarán dos hormonas femeninas, los estrógenos y la progesterona, todo esto se realiza en forma lenta, y poco a poco los genitales femeninos van madurando para poder llevar a cabo la instalación de la función reproductiva.

El primer papel de los estrógenos es de producir la aparición del vello y estimular el crecimiento de los pechos, en el siguiente orden: (\*\*)

1. Aparece el vello púbico alrededor de los labios mayores y se observa también como sobresale ligeramente la papila de la mama.
2. Mientras el vello que recubre el pubis se va espesando, despuntan ya los botones de los pechos.
3. Los senos crecen progresivamente pero todavía no se desarrolla ni el pezón ni la areola.
4. El pecho forma la areola (es la zona de piel que es algo irregular que rodea el pezón) que se extiende y se oscurece, y el pezón, que aumenta de tamaño y sobresale; el vello del pubis se hace mas espeso y se

extiende. Suele ser en ese momento cuando llega la primera menstruación.

5. Los pechos se desarrollan completamente, se marcan con precisión los contornos y aparece vello en las axilas.

Estas transformaciones demoran como dos años.

### **DESARROLLO SEXUAL**

El efecto emocional de las experiencias sexuales durante este período puede tener repercusiones en la escuela, tanto de los estudiantes que intervienen como los compañeros que le rodean.

Cerca del 60% de los adolescentes solteros, hombres o mujeres, ha tenido relaciones sexuales antes de los 19 años.

En esta etapa deben consolidar su identidad sexual y sentirse a gusto con ella.

Para los demás ser diferente les puede causar problemas en su desarrollo emocional y social.

- \* <http://www.monografias.com/trabajos/adolescencia/adolescencia.htm>
- \*\* Consejo Estela. "Salud Integral y embarazo precoz". En Documento Especial N°3. Octubre de 1994 de la Universidad de la República Oriental del Uruguay- Ministerio de Salud Pública. Página 43 – 45.

## EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA

### *DEFINICIÓN:*

El embarazo adolescente es aquel que ocurre en las mujeres jóvenes menores de 19 años. (\*)

### *CAUSAS:*

Son las relaciones sexuales sin las medidas de contracepción adecuadas.

No existe una contracepción 100% efectiva más que la abstinencia sexual para prevenir el embarazo.

Los adolescentes llegan a ser fértiles aproximadamente antes de ser emocionalmente maduros.

El riesgo potencial para las niñas adolescentes de quedar embarazadas incluye:

- Tempranos contactos sexuales
- Uso temprano del alcohol, tabaco y las drogas, deserción escolar, carencia de grupo de apoyo o pocos amigos
- Carencia de interés en la escuela, familia, o actividades comunitarias
- Percibir pocas oportunidades de éxito
- Vivir en comunidades y/o escuelas donde los embarazos adolescentes son comunes
- Crecer en condiciones de pobreza
- Haber sido víctima de abusos sexual, o ser hijas de madres adolescentes.

*Los síntomas de embarazo incluyen:*

- Falta del periodo menstrual
- Agotamiento
- Aumento del tamaño de las mamas
- Distensión abdominal
- Náuseas y vómitos

- Aumento de peso (al principio puede haber una pérdida relacionada a náuseas y vómitos)
- Mareos y desmayos.

Al examen pélvico las paredes vaginales aparecen decoloradas o de color azul morado, cérvix reblandecido, ablandamiento y ampliación del útero.

Las pruebas de embarazo en sangre y orina son positivas.

Mediante ultrasonido se confirma el embarazo así como fecha precisa del mismo.

Muchos adolescentes no esperan quedar embarazadas, y estas lo niegan hasta que los signos del mismo son evidentes.

Las mujeres que tienen su primer hijo durante la adolescencia tienen más probabilidad de tener más hijos, y estos a su vez tienen menos probabilidad de recibir apoyo de sus padres biológicos, completar su educación, el trabajo de algún tipo de vocación, y establecer la independencia y seguridad financiera adecuada para preverse por sí mismos. (\*\*)

- (\*) Meneghillo J. Pediatría. Cuarta edición. Vol 1. Editorial Doyma. Barcelona. España. 1985.
- (\*\*) Dickanson et al. "Enfermería Materno Infantil". 2ª Edición. Madrid. España. Harcourt Brace. 1997. Páginas 46-52, 147 – 151.

## ASPECTOS ORGÁNICOS

La fecundidad presenta mayores riesgos asociados para la madre y el hijo.

Hay una máxima incidencia entre los 13 y 15 años. El embarazo adolescente no es un indicador de riesgo automático. Hay que particularizar la situación.

El embarazo en este grupo etareo se presenta como un evento no programado, lo cual determina una actitud de rechazo y ocultamiento de su condición, lo que lleva a un control prenatal tardío o insuficiente, acompañado de carencias nutricionales y bajo peso.

El embarazo es mas complicado cuanto más cerca de la menarca se encuentra, recién después de 3 años de edad ginecológica, la joven alcanza su madurez reproductiva, si se inicia antes de los tres años, es un embarazo de alto riesgo.

Desde el punto de vista endocrinológico, el eje hipotálamo – hipofisario es inmaduro durante los 3 primeros años siguientes a la menarca, por lo cual las menstruaciones son irregulares; el útero es de menores dimensiones; el esqueleto no ha terminado de adquirir su tamaño definitivo, destacándose la pelvis que no tiene la inclinación y sus diámetros están en el límite de la normalidad, esto lleva a dificultades e inadecuaciones feto – maternas que lo hace un embarazo de alto riesgo.

## ASPECTOS SOCIALES QUE INFLUYEN EN EL EMBARAZO ADOLESCENTE

Los mandatos culturales, marcan las conductas de los sexos, mas los socioeconómicos, lo educacional, y lo familiar como soportes ideológicos configuran una compleja trama de relaciones que nos hace pensar en el embarazo adolescente como un emergente, como la somatización de todos estos aspectos. (\*)

### ASPECTOS SOCIALES QUE INFLUYEN

- D) El núcleo familiar
- E) Educación formal
- F) El entorno socioeconómico

- (\*) Conselo Estela. "Salud Integral y embarazo precoz". Documento Especial N°3. Octubre de 1994 de la Universidad de la República Oriental del Uruguay- Ministerio de Salud Pública. Página 43 – 45.

## CONTROL PRENATAL

### *DEFINICIÓN Y GENERALIDADES*

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

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.

Un control prenatal eficiente debe cumplir con cuatro requisitos básicos:

- precoz,
- periódico,
- completo,
- de amplia cobertura.

*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 constituyen la razón fundamental del control. Además torna factible la identificación temprana de los embarazos de alto riesgo aumentando por lo tanto la posibilidad de planificar eficazmente el manejo de cada caso en cuanto a las características de la atención obstétrica que debe recibir.

**PERIÓDICO:** la frecuencia de los controles prenatales varía según el riesgo que presenta la embarazada. Las de bajo riesgo requieren un número menor de controles de alto riesgo.

**COMPLETO:** los contenidos mínimos del control deberán garantizar el cumplimiento efectivo de las acciones de fomento, protección, recuperación, y rehabilitación de la salud.

**AMPLIA COBERTURA:** solo en la medida que el porcentaje de población controlada sea alto (lo ideal es que abarque a todas las embarazadas) se podrán disminuir las tasas de morbi –mortalidad materna y perinatal.

En general, para realizar un control prenatal efectivo, de por sí ambulatorio, no se precisan instalaciones costosas, aparatos complicados, ni laboratorios sofisticados; pero sí se requiere el uso sistemático de una historia clínica que recoja y documente la información pertinente, y el empleo criterios 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 a la falta de menstruación durante dos periodos consecutivos concurra al servicio de salud.

El comienzo del control 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 embarazos normales la frecuencia del control prenatal es:

- 1 vez por mes hasta el sexto mes
- 1 vez cada 15 días en el séptimo y octavo mes
- 1 vez por semana hasta el nacimiento.

Lo mínimo son 5 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 y niveles de asistencia y la atención inmediata de los recién nacidos, contribuye a evitar muertes lesiones 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 materno 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 familiares, 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 perinatal efectivo:

- su costo, cuando no es gratuito para la usuaria; a esto hay que agregar gastos de transporte, pérdidas de horas laborales entre otros.
- La inadecuada capacidad del sistema de salud
- Problemas en la organización, en la práctica y hasta en la atmósfera con que se brinda el control
- Barreras de orden cultural

- Insensibilidad geográfica
- Descreimiento en las bondades del sistema de salud y en la necesidad del control.

El primer control prenatal incluye un interrogatorio que realiza el profesional en forma muy cuidadosa, acerca de los antecedentes de la embarazada y su familia.

Estos datos se registra 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:

**1- Acciones generales:**

- Abrir la Historia Clínica en la cual se registra: nombre, edad dirección e información sobre la situación económica y cultura de la embarazada.
- Abrir ficha social.
- Medir el peso, talla, temperatura, pulso y presión arterial.
- Acciones educativas.

**2- Acciones específicas:**

- Anamnesis del presente embarazo, incluyendo la fecha de la última menstruación así como las dudas de la misma.
- Antecedentes obstétricos: gestación, paridad, momento y forma de terminación de los embarazos, peso y salud de los recién nacidos, puerperio y lactancia.
- Antecedentes personales, familiares y conyugales.
- Solicitud de exámenes de laboratorio tales como:
  - hemograma
  - proteinuria
  - glicemia
  - reacciones serológicas para sífilis
  - grupo sanguíneo, Rh

U Se recomienda así mismo estudiar:

- crisis sanguínea
- toxoplasmosis
- citomegalovirus
- hepatitis b
- enfermedad Chagas en las zonas de mayor enfermedad (Departamentos del norte del Río Negro, Cerro Largo, Durazno y Soriano).

En esta primera consulta se abre el Carné Obstétrico y Perinatal.

Este indica en su etapa el Centro donde se controla la embarazada y sus datos personales.

Además resume los antecedentes, primera consulta y consultas subsiguientes así como exámenes de laboratorio.

Agrega asimismo en breve un resumen de datos del parto y del recién nacido. Es importante que la madre conserve este carné, lo presente en cada una de las consultas y lo entregue en el momento de la internación para el parto.

Esto permitirá que se conozca la evolución del embarazo y del estado de salud de la madre y el niño hasta el momento, lo que favorecerá una mejor atención del parto.

En los controles subsiguientes se llevará a cabo las siguientes acciones:

### 3- Acciones generales

- obtención de la historia clínica realizada en el primer control
- evaluación de los análisis de laboratorio
- control de peso, pulso, y presión arterial.
- Acciones educativas

#### 4- Acciones específicas

Anamnesis dirigida a detectar la aparición de los movimientos fetales o la presencia y desaparición de los mismos: hemorragia, amenaza de parto prematuro, infección urinaria, o elementos de toxemia gravídica.

- Examen clínico general.
- Examen clínico obstétrico.
- Medición de la altura uterina con cinta métrica.
- Auscultación de los latidos cardíacos fetales después de las 26 semanas.
- 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.
- Examen de orina en todas las consultas.
- Reacciones para la detección de sífilis en el tercer trimestre.
- Vacuna anti-tetánica luego del cuarto mes de embarazo. (\*)

(\*) Schwarcz R. Et al . Atención prenatal y del parto de bajo riesgo. 1 ed. CLAPS. OMS. Montevideo. Uruguay. Julio 1991. N° 1234.

## DISEÑO METODOLÓGICO

### **TIPO DE ESTUDIO:**

Se realizara un estudio descriptivo transversal.

**DESCRIPTIVO:** Esta dirigido a determinar como es o como esta la situación de las variables que deben estudiarse en una población.

La presencia o ausencia de algo, la frecuencia con que ocurre un fenómeno

**DE CORTE TRANSVERSAL:** Se estudia las variables simultáneamente en determinado momento haciendo un corte en el tiempo.

**AREA DE ESTUDIO:** la investigación se realizara en el departamento de Montevideo, en el Hospital Pereira Rossell ubicado en Bulevar General Artigas 1550.

**UNIVERSO:** La población objeto de estudio son las puerperas Adolescentes (de 12 a 19 años de edad) de la sala 4 del Hospital de la Mujer Centro Hospitalario Pereira Rossell durante el año 2002.

**MUESTRA:** consiste en el 100% de las puerperas adolescentes pertenecientes a sala 4 del Hospital Pereira Rossell en la primer quincena del mes enero (del día 3 al 17) del año 2002.

## **RECOLECCIÓN DE DATOS**

La recolección de datos se aplicará un formulario a todas las puerperas adolescentes, que serán llenados por los bachilleres autores del trabajo, en un tiempo aproximado de 10 minutos.

Esta se complementara con la revisión del carnet prenatal y la historia clínica.

## **VARIABLES**

- 1- EDAD MATERNA AL MOMENTO DEL PARTO
- 2- N° DE GESTAS AL MOMENTO DE LA ENTREVISTA
- 3- ESTADO CIVIL
- 4- NIVEL EDUCATIVO
- 5- OCUPACIÓN
- 6- PROCEDENCIA
- 7- EDAD GESTACIONAL AL PRIMER CONTROL
- 8- EDAD GESTACIONAL AL MOMENTO DEL PARTO
- 9- N° DE CONTROLES PRENATALES

## EDAD MATERNA

### VARIABLE CUANTITATIVA DISCRETA

DEFINICIÓN CONCEPTUAL: tiempo en años cumplidos de la puerpera adolescente.

DEFINICIÓN OPERACIONAL: tiempo en años cumplidos desde el nacimiento de la puerpera adolescente al momento de la entrevista.

### INDICADORES:

- 12 años a 15 años
- 16 años a 19 años

## Nº DE GESTAS ANTERIORES

### VARIABLE CUANTITATIVA ORDINAL

DEFINICIÓN CONCEPTUAL: es la cantidad de embarazos.

DEFINICIÓN OPERACIONAL: es la cantidad de gestaciones al momento de la entrevista.

### INDICADORES

- |           |    |    |    |
|-----------|----|----|----|
| * HIJOS   | SI | NO | Nº |
| * ABORTOS | SI | NO | Nº |
| * ÓBITOS  | SI | NO | Nº |

## ESTADO CIVIL

### VARIABLE CUALITATIVA NOMINAL

DEFINICIÓN CONCEPTUAL: condición de la puerpera relacionado con el código civil.

DEFINICIÓN OPERACIONAL: convivencia con pareja o no según declaración de la propia puerpera.

### INDICADORES

#### CON PAREJA:

- CASADA
- UNIÓN LIBRE

#### SIN PAREJA:

- SOLTERA
- DIVORCIADA
- VIUDA

## NIVEL DE INSTRUCCIÓN

### VARIABLE CUALITATIVA ORDINAL

DEFINICIÓN CONCEPTUAL: nivel de instrucción o escolaridad de la usuaria.

DEFINICIÓN OPERACIONAL: último año aprobado del máximo nivel alcanzado por la embarazada.

### INDICADORES

- PRIMARIA
- SECUNDARIA
- OTROS

## OCUPACIÓN

### VARIABLE CUALITATIVA NOMINAL

DEFINICIÓN CONCEPTUAL: empleo, oficio, actividades diarias de la embarazada.

DEFINICIÓN OPERACIONAL: tareas, desempeño de actividades diarias de la embarazada según su realización.

### INDICADORES:

- TRABAJA
- NO TRABAJA
- ESTUDIA
- NO ESTUDIA

## PROCEDENCIA

### VARIABLE CUALITATIVA NOMINAL

DEFINICIÓN CONCEPTUAL: origen de donde proviene la embarazada, para conocer la distancia estimada de su casa al centro asistencial.

DEFINICIÓN OPERACIONAL: distancia en cuadras desde el hogar hasta el centro asistencial donde controló su embarazo.

### INDICADORES

- MENOS DE DIEZ CUADRAS
- MÁS DE DIEZ CUADRAS

## EDAD GESTACIONAL AL PRIMER CONTROL DEL EMBARAZO

### VARIABLE CUANTITATIVA CONTINUA

**DEFINICIÓN CONCEPTUAL:** edad estimada del feto utilizando el primer día del último período menstrual normal, expresado en semanas completas.

**DEFINICIÓN OPERACIONAL:** edad estimada del feto utilizando el primer día del último período menstrual normal, expresado en semanas completas al primer control del embarazo.

### INDICADORES

#### 1° TRIMESTRE

- 4 a 8 semanas
- 9 a 12 semanas

#### 2° TRIMESTRE

- 13 a 17 semanas
- 18 a 24 semanas
- 22 a 25 semanas

#### 3° TRIMESTRE

- 26 a 30 semanas
- 31 a 35 semanas
- 36 semanas en adelante

## EDAD GESTACIONAL AL MOMENTO DEL PARTO

### VARIABLE CUANTITATIVA CONTINUA

**DEFINICIÓN CONCEPTUAL:** edad estimada del feto utilizando el primer día del último período menstrual normal, al momento del parto, expresado en semanas completas .

**DEFINICIÓN OPERACIONAL:** : edad estimada del feto utilizando el primer día del último período menstrual normal, expresado en semanas completas al primer control de embarazo.

### INDICADORES

**PRETERMINO:** el parto se produce entre 20 a 36 semanas de amenorrea.

**A TERMINO:** el parto se produce entre 37 a 40 semanas de amenorrea.

**POST TERMINO:** el parto se produce luego de las 40 semanas de amenorrea.

## CONTROL PRENATAL

### VARIABLE CUANTITATIVA CONTINUA

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

**DEFINICIÓN OPERACIONAL:** numero de controles que se realiza durante el embarazo.

## INDICADORES

- ❖ S/ Control
- ❖ C/Control

- **Nº de controles hasta el 6º mes**

Lo esperado es un control por mes.

INADECUADO: 0 – 3 controles.

ADECUADO: 4 – 6 controles.

- **Nº de controles del 7º al 8º mes**

Lo esperado es un control cada 15 días.

INADECUADO: 0 – 2 controles.

ADECUADO: 3 – 4 controles.

- **Nº de controles durante el 9º mes**

Lo esperado es un control por semana.

CONTROL ADECUADO SEMANAL: cumple con un control por semana.

CONTROL INADECUADO EN FORMA SEMANAL : no cumple con un control por semana.

NO CONTROL: el recién nacido es pretermino.

## **PLAN DE ANÁLISIS**

Para analizar los datos se utilizará la estadística descriptiva, análisis bivariado, utilizándose, la distribución de frecuencia, los porcentajes, para poder determinar la magnitud y la características de la problemática en estudio, para relacionar las variables en cuestión se aplicará la función de ji cuadrado.

## **METODOLOGÍA**

Los datos se obtendrán en la sala 4 de puerperas adolescentes.

Este servicio funciona de los 365 días del año, las 24 horas.

La recolección de datos se realizará diariamente, para lo cual el equipo de trabajo se dividirá en dos subgrupos.

Cada grupo estará formado por 2 integrantes del equipo, que recabará la información día por medio, en un lapso de dos semanas.

Los datos se obtendrán mediante una entrevista cerrada y estructurada con la puerpera adolescente.

También se utilizará como fuente de información la historia clínica y el carné prenatal.

### **RECURSOS HUMANOS**

Estudiantes de la carrera de la Licenciatura en Enfermería generación 97 cursando el cuarto ciclo de la carrera.

Carla Morales  
Beatriz Ferreira  
María Rosa Romaniello  
Marcelo Vasconcellos.

### **RECURSOS MATERIALES:**

*PAPELERÍA:* cuadernos, hojas, lápices sobres  
Fotocopias.

*EQUIPOS:* perforadora, engrapadora,  
calculadora, computadora, impresora.

*BIBLIOGRAFÍA:* Libros, revistas, investigaciones.

### RECURSOS FINANCIEROS:

DETALLE:

BOLETOS: 3000 pesos uruguayos

HOJAS IMPRESAS: 200 pesos uruguayos

TINTA DE IMPRESORA: 300 pesos uruguayos

HORAS DE COMPUTADORA: 300 pesos uruguayos

MATERIAL DE ESCRITORIO: 200 pesos uruguayos

TOTAL: 4000 PESOS URUGUAYOS  
290 dólares americanos(cifra estimada) incluye  
materiales, transporte y otros.

### COORDINACIONES

Se realizará una solicitud para dar inicio a la recolección de información, con el fin de llevar a cabo la Tesis.

La misma será avalada por el Departamento de Materno Infantil del Instituto Nacional de Enfermería, para presentar ante las autoridades pertinentes del Hospital Pereyra Rossell, el Director del Hospital de la Mujer, el Doctor Roberto Diaz, para acceder a la sala 4 de puerperas adolescentes, del servicio de Maternidad.

### INSTRUCTIVO DEL FORMULARIO

El instructivo se aplicará a las embarazadas adolescentes del Hospital Pereyra Rossell en la primera quincena del mes de enero (del 3 al 17) del año 2002.

Los formularios se enumeran y clasifican, previamente de acuerdo a la cantidad emplear para su identificación.

Se debe registrar las iniciales de la usuaria y el número de cama en que se encuentran.

El mismo será llenado por los estudiantes del Instituto Nacional de Enfermería, autores del trabajo de Investigación en un tiempo aproximado de 10 minutos.

Las opciones se llenan con números o con la opción correcta.

Se debe explicar el porque de formulario y el porque de la entrevista.

Se debe enunciar los ítems exactamente como están redactados incluyendo cada opción sin introducir conceptos subjetivos.

Se debe aplicar la encuesta manteniendo la mayor privacidad posible.

## GLOSARIO

### A

**ABORTO:** finalización del embarazo cuando el feto pesa menos de 500 gramos o pérdida del embarazo antes de los 139 días (20 semanas antes de la última regla).

**A TERMINO:** producto de la concepción nacido vivo con una edad gestacional entre 37 a 40 semanas de gestación, y con un peso mayor a 1800 gr.

### C

#### **CONTROL PRENATAL AL PRIMER CONTROL:**

es la serie de contactos, entrevistas, o visitas programadas de la embarazada con integrantes del equipo de salud, con el objetivo de vigilar, la evolución del embarazo y obtener una adecuada preparación para el parto y la crianza.

Las características del control prenatal son la precocidad y la periodicidad.

La precocidad es la consulta con el equipo de salud dentro de los tres primeros meses de embarazo.

La periodicidad significa la frecuencia de los controles prenatales basado en las normas establecidas por el Ministerio de Salud Pública.

Según normativas del MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA en embarazos normales la frecuencia del control prenatal es:

- 1 vez por mes hasta el sexto mes
- 1 vez cada 15 días en el séptimo y octavo mes

- 1 vez por semana hasta el nacimiento.

## E

**EMBARAZO:** gestación o proceso de crecimiento y desarrollo de un nuevo individuo en el seno materno, abarca desde el momento de la concepción hasta el nacimiento pasando por los periodos embrionarios y fetal (aproximadamente de 37 a 41 semanas), período de tiempo comprendido desde la fertilización del óvulo hasta el parto.

## H

**HIJO:** producto vivo de la concepción.

## M

**MULTIGESTA:** mujer embarazada por dos o más veces.

## O

**ÓBITO:** producto muerto resultante de la interrupción de la gestación que se produce luego de las 20 semanas antes de la última regla.

P

**POSTERMINO:** producto de la concepción nacido vivo, con una edad gestacional mayor a 40 semanas.

**PRETERMINO:** producto de la concepción nacido vivo entre 20 a 36 semanas con un peso menor a 1800 gr.

**PRIMIGESTA:** mujer embarazada por primera vez.

## BIBLIOGRAFÍA

### LIBROS

- Canales, Francisco. "Metodología de la Investigación". OPS. OMS. Serie Paltex 2º Edición. 1994.
- Diccionario de la Lengua Española. XIX Edición. Madrid. España. 1970.
- Diccionario Médico. Océano- Mosby. Edición en Español de 1996.
- Dickanson et al. "Enfermería Materno Infantil". 2º Edición. Madrid. España. Harcourt Brace. 1997. Páginas 46-52, 147 – 151.
- Meneghello J. Pediatría. Cuarta edición. Vol 1. Editorial Doyma. Barcelona. España. 1985.
- Polit D. y Hungler B. "Investigación Científica en Ciencias de la Salud". Quinta Edición Interamericana. México. 1995.
- Schwarcz R. et al. Atención prenatal y del parto de bajo riesgo. 1 ed. CLAP.OMS. Montevideo. Uruguay. Julio 1991. N°1234

## REVISTAS

- Conselo Estela. "Salud integral y embarazo precoz". En Documento Especial N°3 Octubre de 1994 de la Universidad de la República Oriental del Uruguay – Ministerio de Salud Pública - Unicef – página 43 – 45.
- OPS. "La salud del adolescente y el joven de las Américas". Publicación N°488. Twenty Third street. New York. Washington D.C. 1985
- OPS. Dr. José Antonio Solís. "Consultor Materno infantil". 1° Edición. Washington D.C. 1988.
- Entrevista realizada al Dr. José Cuadro, profesor grado 5 e la Cátedra de Ginecología de la Facultad de Medicina, artículo - el Diario Médico-agosto2000" pag.8y9 (sin autor).
- Andrea Tabarez. Entrevista realizada a la presidenta de la Sociedad Uruguaya de Ginecología de la Infancia y la adolescencia: la Dra. Silvia Lima. "Artículo-diario el observador del 3 de julio 2000". pag.3.

## TESIS

- Faust Sandro et al. "CARACTERIZACIÓN DE LAS EMBARAZADAS QUE NO CUMPLEN CON LA CANTIDAD MÍNIMA DE CONTROLES PRENATALES". Instituto Nacional de Enfermería. Octubre del 1999. Montevideo, Uruguay.
- Dutra Rosana et al. "CARACTERÍSTICAS DE LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS SEGÚN LAS DIFERENTES ETAPAS DE LA ADOLESCENCIA Y SU RELACIÓN CON EL PRIMER CONTROL DE SU EMBARAZO EN LA POLICLÍNICA DEL ADOLESCENTE DEL HOSPITAL PEREYRA ROSSELL". Instituto Nacional de enfermería. Montevideo. Agosto de 1999. Montevideo, Uruguay.

## INTERNET

- [www.embarazada.com/Etapas016C.asp](http://www.embarazada.com/Etapas016C.asp)
- [www.hsph.harvard.edu/Organizations/healthnet/spanish/course/se.../rico\\_atkin.htm](http://www.hsph.harvard.edu/Organizations/healthnet/spanish/course/se.../rico_atkin.htm)
- [www.members.tripod.com/sibumce/estruct.html](http://www.members.tripod.com/sibumce/estruct.html)
- [www.vanguardia.com.mx/circulo/archosicuales/septiembre/25/ana.html](http://www.vanguardia.com.mx/circulo/archosicuales/septiembre/25/ana.html)
- [www.tripod.com/sibumce/colabora.html](http://www.tripod.com/sibumce/colabora.html)
- [www.tuotromedico.com/temas/embarazo\\_adolescencia.htm](http://www.tuotromedico.com/temas/embarazo_adolescencia.htm)
- [www.urban.org/family/adol\\_espanol.html](http://www.urban.org/family/adol_espanol.html)

# ANEXO 2

FECHA

**FORMULARIO DE RECOLECCIÓN DE DATOS**  
**CONTROL PRENATAL EN LAS PUERPERAS ADOLESCENTES HOSPITAL**  
**PEREYRA ROSSELL SALA 4**

Nº DE FORMULARIO

ENCUESTADA  CAMA

AÑOS CUMPLIDOS

ESTADO CIVIL

CASADA	<input type="checkbox"/>
UNIÓN LIBRE	<input type="checkbox"/>
SOLTERA	<input type="checkbox"/>
DIVORCIADA	<input type="checkbox"/>
VIUDA	<input type="checkbox"/>

ÚLTIMO AÑO DE ESTUDIO QUE COMPLETÓ:

PRIMARIA   
SECUNDARIA   
OTROS  ESPECIFICAR \_\_\_\_\_

OCUPACIÓN: TRABAJA SI   
NO  HORAS \_\_\_\_\_

ESTUDIA SI  NO

PROCEDENCIA, DISTANCIA EN CUADRAS A SU CENTRO DE SALUD

MAS DE 10 CUADRAS

MENOS DE 10 CUADRAS

N° GESTAS

ABORTOS SI  NO  N°

ÓBITOS SI  NO  N°

HIJOS SI  NO  N°

¿CONTROLO SU EMBARAZO/S? SI  NO

EDAD GESTACIONAL EN EL 1° CONTROL

EDAD GESTACIONAL AL MOMENTO DEL PARTO

N° DE CONTROLES REALIZADOS

N° DE CONTROLES

HASTA EL 6° MES

DEL 7° AL 8° MES

EN EL 9° MES

# ANEXOS

### DIAGNOSTICO DE SITUACIÓN DE SALA 4

Pertenece a la parte de la Maternidad, del Hospital de la Mujer, Centro Hospitalario Pereyra Rossell.

#### **INSTITUCIÓN**

La administración del Hospital se divide en:

- HOSPITAL DE LA MUJER esta a cargo del Director Doctor Roberto Diaz, brinda atención a la mujer
- y DEL HOSPITAL PEDIÁTRICO brinda atención a todos los niños hasta 14 años.

Este hospital pertenece al subsector público y depende del Ministerio de Salud Pública.

Brinda atención de tercer grado ya que es especializado, brinda atención no sólo de prevención, promoción sino de atención en cuidados intermedios, cuidados intensivos y rehabilitación.

Según su arquitectura es heterogéneos ya que sus estructuras son de tipo vertical y horizontal.

Esta ubicado en el barrio de Tres Cruces, en una zona céntrica de fácil acceso geográfico, situado en la calle Bulevar Atraigas 1550 (donde se encuentra el ingreso de los funcionarios y proveedores), entre las calles:

- Ana Monterroso de Lavaileja, por donde se encuentra la entrada al público
- Francisco Canaro
- 20 de Setiembre

Las líneas de ómnibus que acceden al mismo son las siguientes: 64, 76, 121, 134, 140, 164, 300.

El teléfono es 7087089.

La población que accede al servicio proviene de todo el país, que posean un nivel económico bajo.

## LA SALA 4

Corresponde a las Puerperas Adolescentes de la parte de Maternidad del Hospital de la Mujer centro hospitalario Pereyra Rossell.

Funciona como tal desde octubre del año 1998, pero oficialmente fue inaugurado en febrero de 1999.

La sala no solo esta bajo la Dirección del Hospital de la Mujer sino que también de la Cátedra de Ginecología de la Facultad de Medicina.

Se realizan coordinaciones con la Policlínica del Adolescente quién se encuentra físicamente en la parte de Atención Primaria en dicho Centro y esta bajo la Dirección de La Doctora en Adolescencia Estela Conselo.

La sala tiene capacidad para 18 usuarias.

La población son todas aquellas usuarios entre 12 a 19 años que están en el periodo de puerperio es de 24 a 48 horas posparto o aquellas que estén en un puerperio alejado porque tienen su recién nacido en cuidados intensivos o intermedios.

Al caracterizar la población según cifras obtenidas a través del Dr. en Ginecología Sergio, Jefe de dicha sala. Se destaca que un 70% de ellas son primigestas y 30% de ellas multigestas.

En cuanto a la planta física, se accede a ella mediante escaleras y ascensor. Esta bien iluminada por luz natural y física.

Tienen como medidas de seguridad matafuegos.

Cuenta con una:

- enfermería la cual esta a mano izquierda a la entrada de la sala,
- consultorios a mano derecha
- 18 unidades dispuestas a ambos lados de la sala, colocadas de a dos y separadas unas de otras por boxes de acrílico y separadas del pasillo con cortinas de tela
- en el pasillo encontramos una mesa con sillas donde se realizan las reuniones del equipo multidisciplinario
- al final e la misma baños, heladera, televisión color.

Cada unidad consta de:

- una cama
- ropa de cama
- mesa de luz

- cuna para el recién nacido
- soporte

En cuanto a los recursos humanos cuenta con un equipo multidisciplinario compuesto por:

- enfermeras,
- ginecólogos
- pediatras
- asistente social
- psicóloga

que trabajan en coordinación para brindar atención a la puerpera adolescente en forma integral.

En cuanto a los recursos económicos la sala se mantiene mediante el Ministerio de Salud Pública, pero recibe además donaciones de la Fundación "Caldeyro – Barcia".

# ANEXO 4

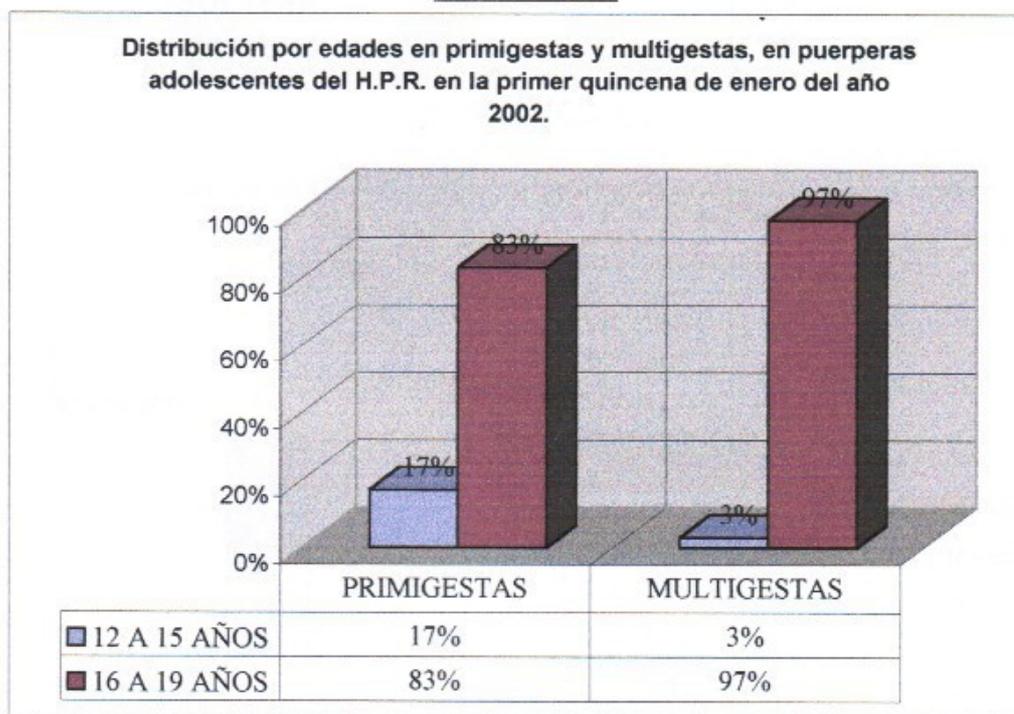
**TABLA N° 1**

Distribución de la edad en primigestas y multigestas en puerperas adolescentes del H.P.R. en la primer quincena de enero del año 2002.

EDAD	PRIMIGESTAS	
	F.A	F.R%
12 a 15 años	10	17%
16 a 19 años	48	83%

EDAD	MULTIGESTAS	
	F.A	F.R%
12 a 15 años	1	3%
16 a 19 años	32	97%

**GRÁFICO N°1**



Amplia mayoría de la muestra, presenta edades mayores de 16 años, acentuándose dicha condición en las multigestas. Al análisis bivariado ji cuadrado dicha diferencia no configura una asociación estadística.

(H.P.R). = Hospital Pereyra Rossell

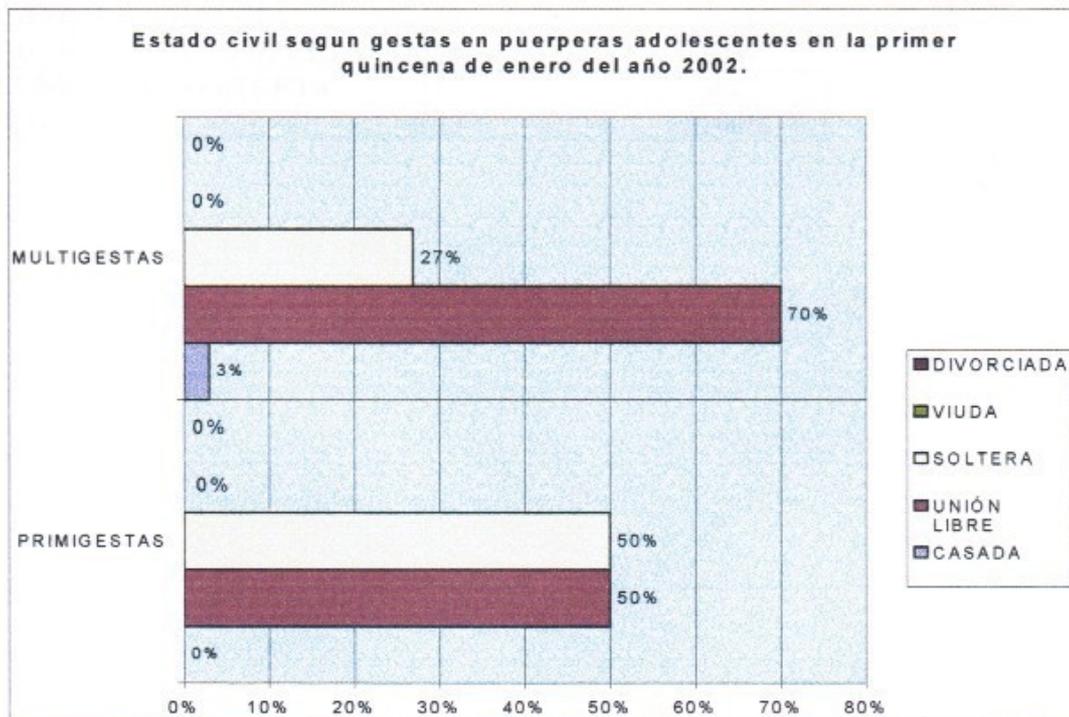
**TABLA N°2**

**ESTADO CIVIL**

Estado civil de primigestas y multigestas en puerperas adolescentes del H.P.R. en la primer quincena de enero del año 2002.

ESTADO CIVIL	PRIMIGESTAS	
	FA	FR%
UNIÓN LIBRE	29	50%
SOLTERA	29	50%
TOTAL	58	100%
	MULTIGESTAS	
ESTADO CIVIL	FA	FR%
CASADA	1	3%
UNIÓN LIBRE	23	70%
SOLTERA	9	27%
TOTAL	33	100%

**GRÁFICO N°2**



Se evidencian una diferencia, mayor del 73% de puerperas multigestas con pareja mientras que en las primigestas dicho condición llega al 50%.

TABLA N°3:

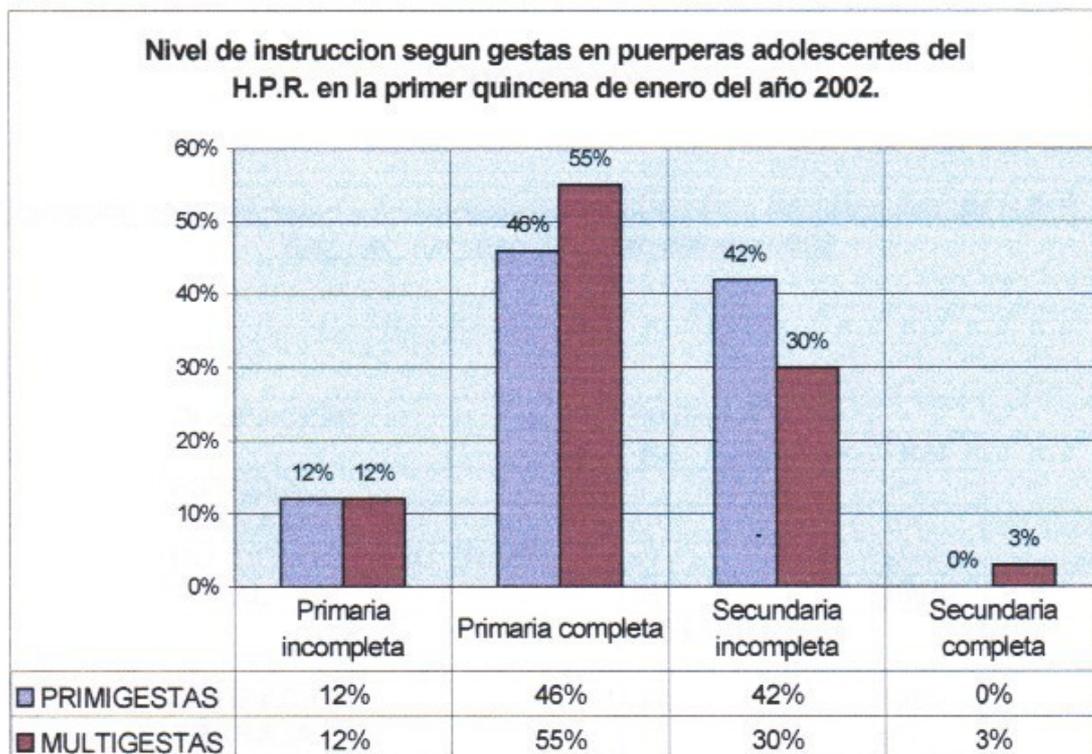
**NIVEL DE INSTRUCCIÓN**

Nivel de instrucción en primigestas y multigestas en las puerperas adolescentes del H.P.R en la primera quincena de enero del año 2002.

<b>NIVEL DE INSTRUCCIÓN</b>	<b>PRIMIGESTAS</b>	
	<b>FA</b>	<b>%</b>
<b>PRIMARIA INCOMPLETA</b>	7	12%
<b>PRIMARIA COMPLETA</b>	27	46%
<b>SECUNDARIA INCOMPLETA</b>	24	41%
<b>SECUNDARIA COMPLETA</b>	-	-
<b>TOTAL</b>	<b>58</b>	<b>100%</b>

<b>NIVEL DE INSTRUCCIÓN</b>	<b>MULTIGESTAS</b>	
	<b>FA</b>	<b>%</b>
<b>PRIMARIA INCOMPLETA</b>	4	12%
<b>PRIMARIA COMPLETA</b>	18	55%
<b>SECUNDARIA INCOMPLETA</b>	10	30%
<b>SECUNDARIA COMPLETA</b>	1	3%
<b>TOTAL</b>	<b>33</b>	<b>100%</b>

GRÁFICO N°3



Se destaca el bajo nivel de instrucción en ambos grupos, predominan los estudios primarios y hay una importante y equitativa distribución de adolescentes con primaria incompleta, y en cuanto a los estudios secundarios se destaca una deserción de los mismos.

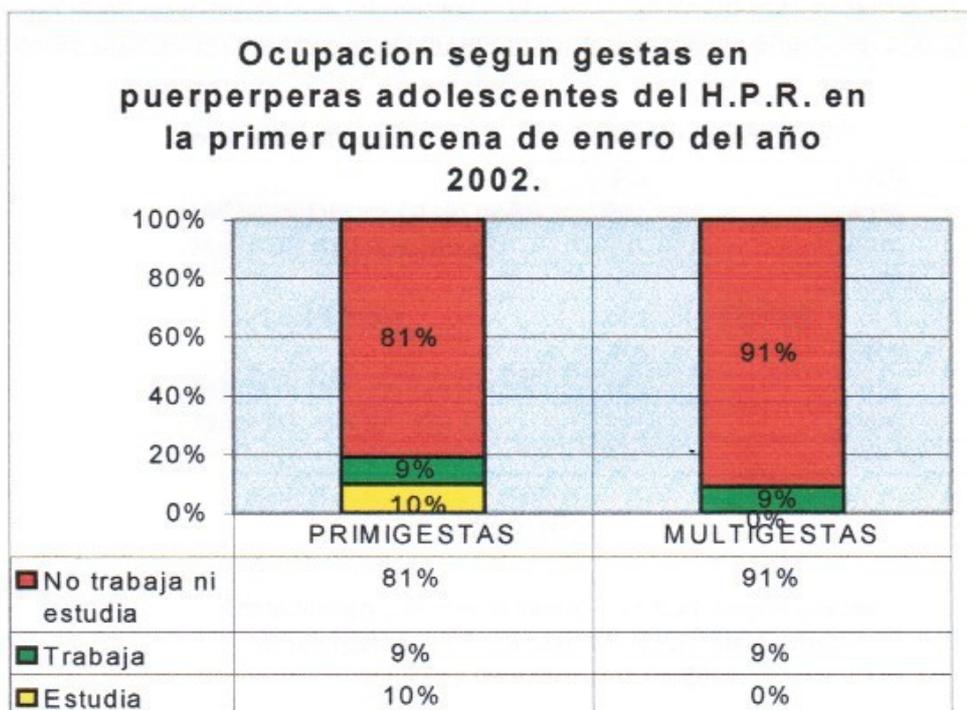
TABLA N°4:

OCUPACIÓN

Ocupación en primigestas y multigestas en las puerperas adolescentes del H.P.R. en la primer quincena de enero del año 2002.

OCUPACIÓN	PRIMIGESTAS	
	FA	FR%
ESTUDIA	5	9%
TRABAJA	6	10%
NO ESTUDIA Y NO TRABAJA	47	81%
TOTAL	58	100%
MULTIGESTAS		
OCUPACIÓN	FA	FR%
TRABAJA	3	9%
NO ESTUDIA Y NO TRABAJA	30	91%
TOTAL	33	100%

**GRÁFICO N°4**



Estos datos muestran un alto porcentaje de desocupación y deserción de los estudios.

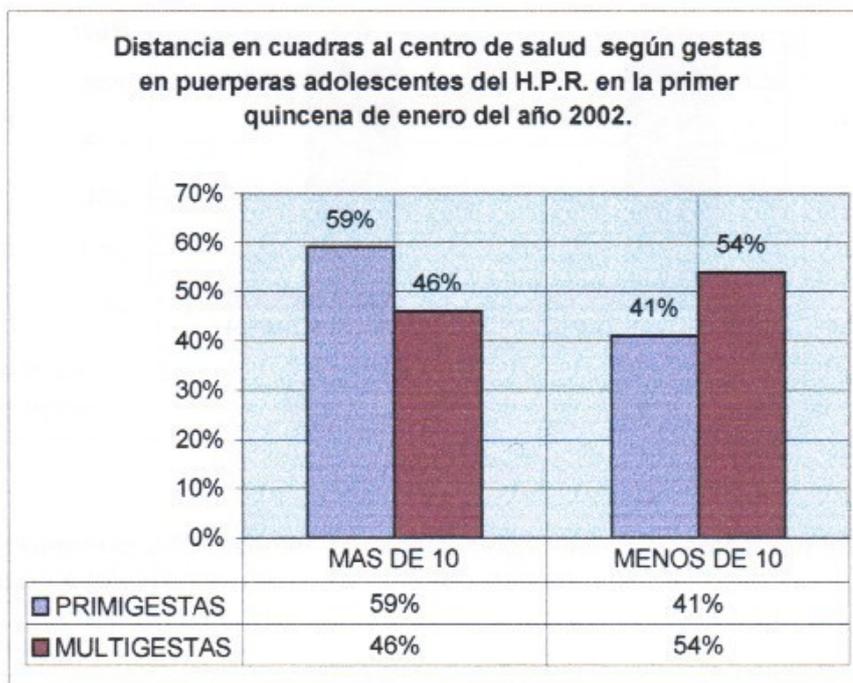
TABLA N°5

**PROCEDENCIA**

Distancia en cuadras desde su domicilio al centro de salud más próximo en las puerperas adolescentes del H.P.R. en la primer quincena de enero del año 2002.

PROCEDENCIA	PRIMIGESTAS	
	FA	FR%
<b>MENOS DE 10 CUADRAS</b>	24	41%
<b>MÁS DE 10 CUADRAS</b>	34	59%
<b>TOTAL</b>	<b>58</b>	<b>100%</b>
PROCEDENCIA	MULTIGESTAS	
	FA	FR%
<b>MENOS DE 10 CUADRAS</b>	18	54%
<b>MÁS DE 10 CUADRAS</b>	15	46%
<b>TOTAL</b>	<b>33</b>	<b>100%</b>

GRÁFICO N°5



En cuanto a la distancia en cuadras al centro de asistencia más cercano al domicilio de la puerpera adolescente: existe diferencia en nuestra muestra a favor de las multigestas, en cuanto a la distancia al centro de salud más cercano.

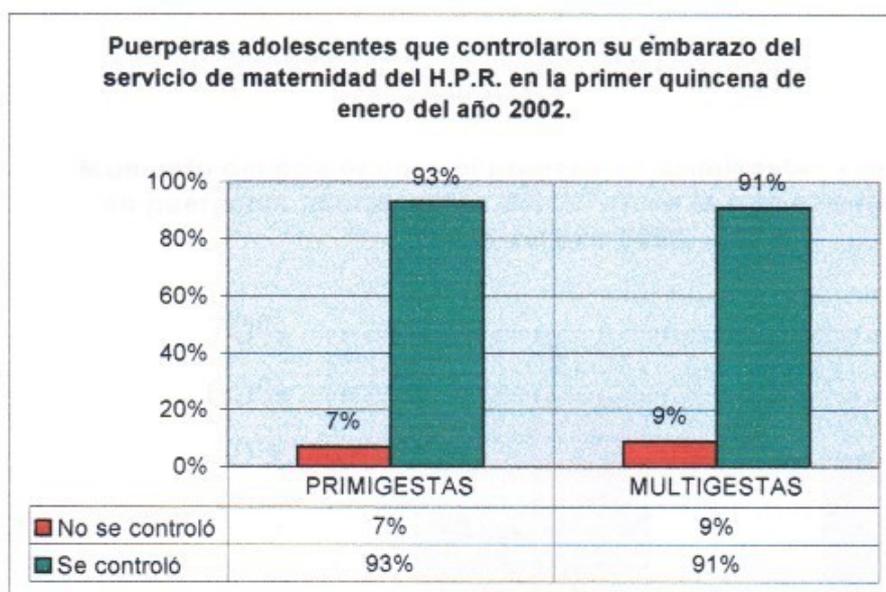
**TABLA N°6:**

**CONTROL DEL EMBARAZO**

Puerperas adolescentes que no controlaron su embarazo del servicio de maternidad del H.P.R. en la primer quincena de enero del año 2002.

	FA	FR%
PRIMIGESTAS	4	7%
MULTIGESTAS	3	9%

**GRÁFICO N°6**



El 93% de las puerperas adolescentes primigestas controlaron su embarazo mientras que las puerperas adolescentes multigestas lo realizan en un 91%.

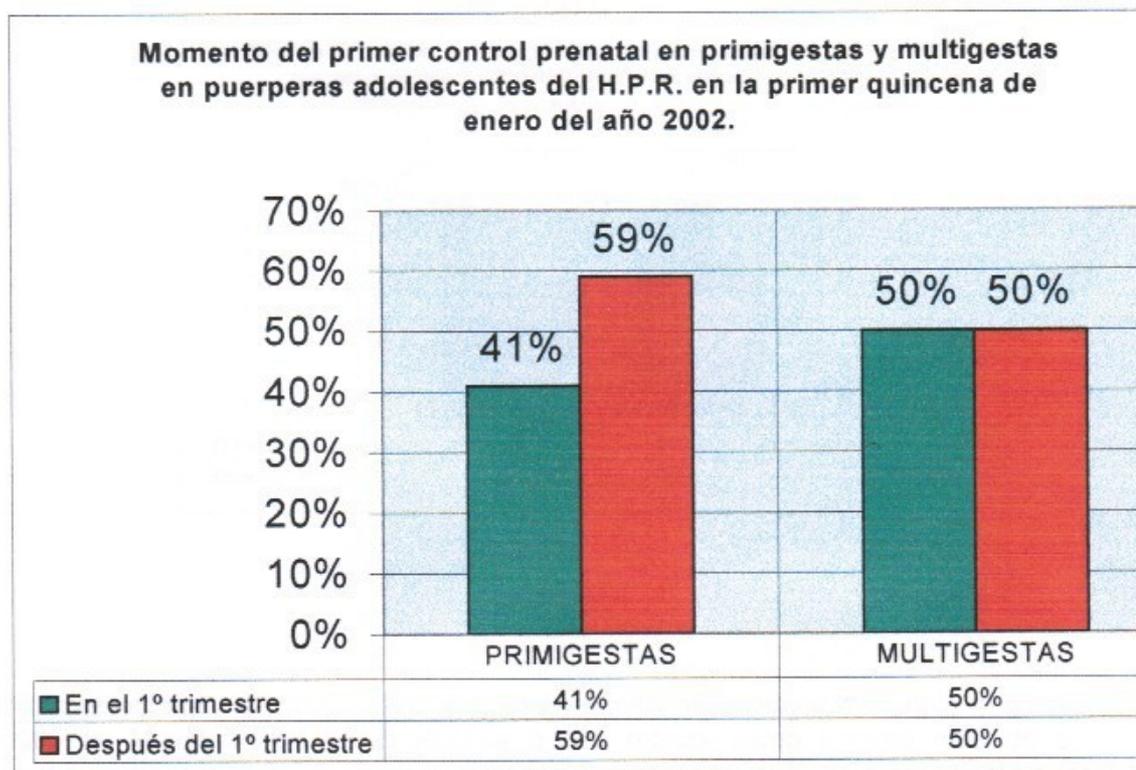
TABLA N°7:

**MOMENTO DEL PRIMER CONTROL DEL EMBARAZO**

Momento del primer control prenatal en primigestas y multigestas gestas en puerperas adolescentes del H.P.R. en la primer quincena del año 2002.

<b>PRIMIGESTAS</b>	<b>FA</b>	<b>FR%</b>
EN EL 1° TRIMESTRE	22	41%
LUEGO DEL 1° TRIMESTRE	32	59%
<b>TOTAL</b>	<b>54</b>	<b>100%</b>
<b>MULTIGESTAS</b>	<b>FA</b>	<b>FR%</b>
EN EL 1° TRIMESTRE	15	50%
LUEGO DEL 1° TRIMESTRE	15	50%
<b>TOTAL</b>	<b>30</b>	<b>100%</b>

GRÁFICO N°7



En cuanto al momento del control prenatal se observa: que las primigestas presentan un mayor porcentaje de casos, que consultan tardíamente.

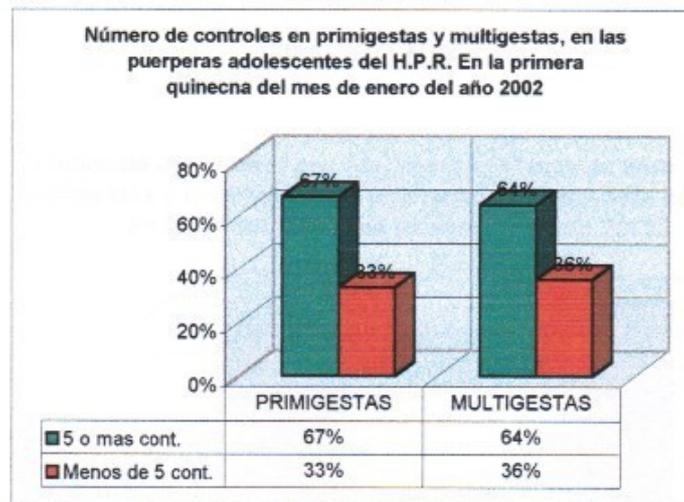
TABLA N°8:

**CONTROLES PRENATALES SEGÚN CRITERIOS DEL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA**

Numero de controles en primigestas y multigestas en puerperas adolescentes del H.P.R. en la primer quincena de enero del año 2002.

CONTROLES PRENATALES	PRIMIGESTAS	
	FA	FR%
MENOS DE 5 CONTROLES	19	33%
5 O MÁS CONTROLES	39	67%
TOTAL	58	100%
CONTROLES PRENATALES	MULTIGESTAS	
	FA	FR%
MENOS DE 5 CONTROLES	12	36%
5 O MÁS CONTROLES	21	64%
TOTAL	33	100%

GRÁFICO N°8



Ambas poblaciones se comportan de manera similar y la mayoría cumple con las normas del Ministerio de Salud Pública o sea realiza como mínimo más de 5 controles de su embarazo.

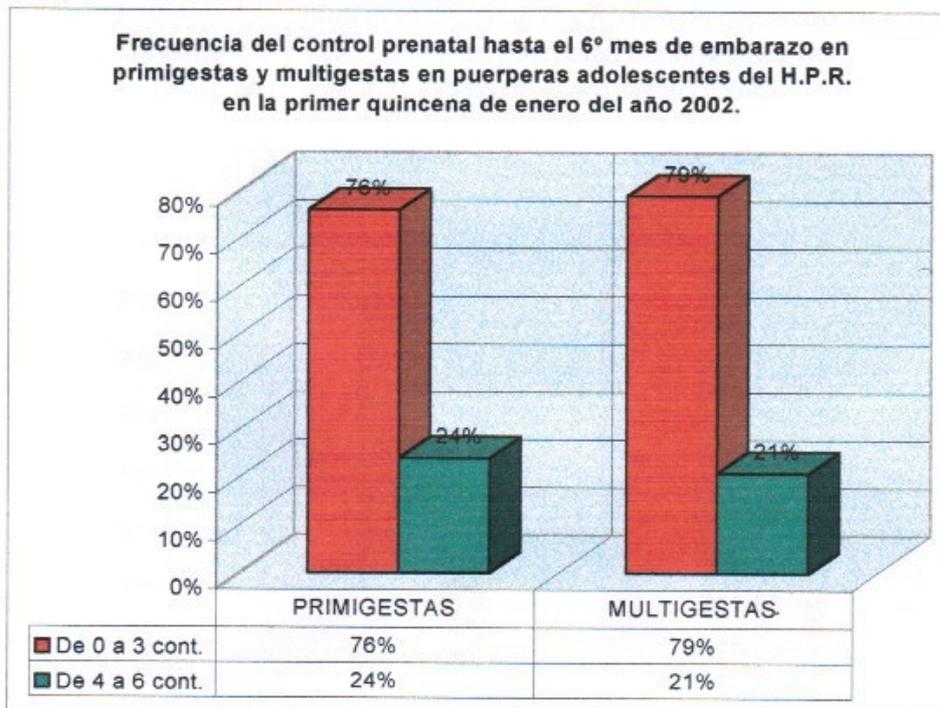
TABLA N°9:

**PERIODICIDAD DE LOS CONTROLES PRENATALES**

Frecuencia del control prenatal hasta el 6° mes de embarazo en puerperas adolescentes del H.P.R. en la primer quincena de enero del año 2002.

PERIODICIDAD	PRIMIGESTAS	
	FA	FR%
0 - 3 CONTROLES	44	76%
4 - 6 CONTROLES	14	24%
TOTAL	58	100%
PERIODICIDAD	MULTIGESTAS	
	FA	FR%
0 - 3 CONTROLES	26	79%
4 - 6 CONTROLES	7	21%
TOTAL	33	100%

GRÁFICO N°9



**TABLA N°10**

Frecuencia del control prenatal en el 7° y 8° mes de embarazo, en primigestas y multigestas gestas, en puerperas adolescentes del H.P.R. en la primer quincena de enero del año 2002.

PERIODICIDAD	PRIMIGESTAS	
PRIMIGESTAS	FA	%
0 – 2 CONTROLES	37	64%
3 – 4 CONTROLES	21	36%
TOTAL	58	100%
PERIODICIDAD	MULTIGESTAS	
	FA	%
0 – 2 CONTROLES	24	72%
3 – 4 CONTROLES	9	28%
TOTAL	33	100%

**GRÁFICO N°10**

**Frecuencia del control prenatal en el 7° y 8° mes de embarazo, en primigestas y multigestas, en puerperas adolescentes del H.P.R. en la primer quincena de enero del año 2002.**

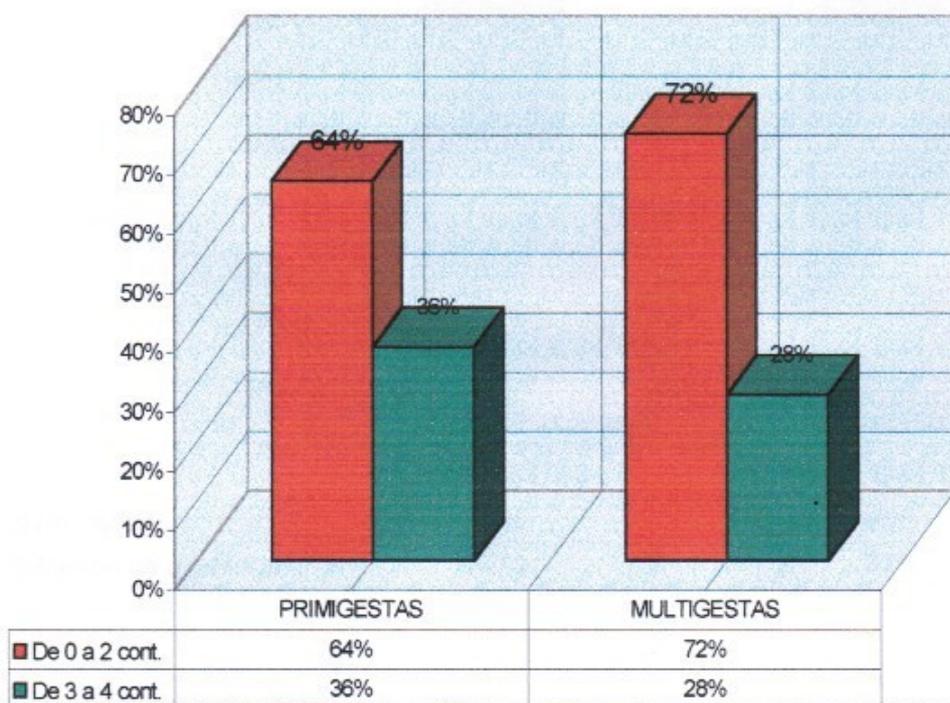


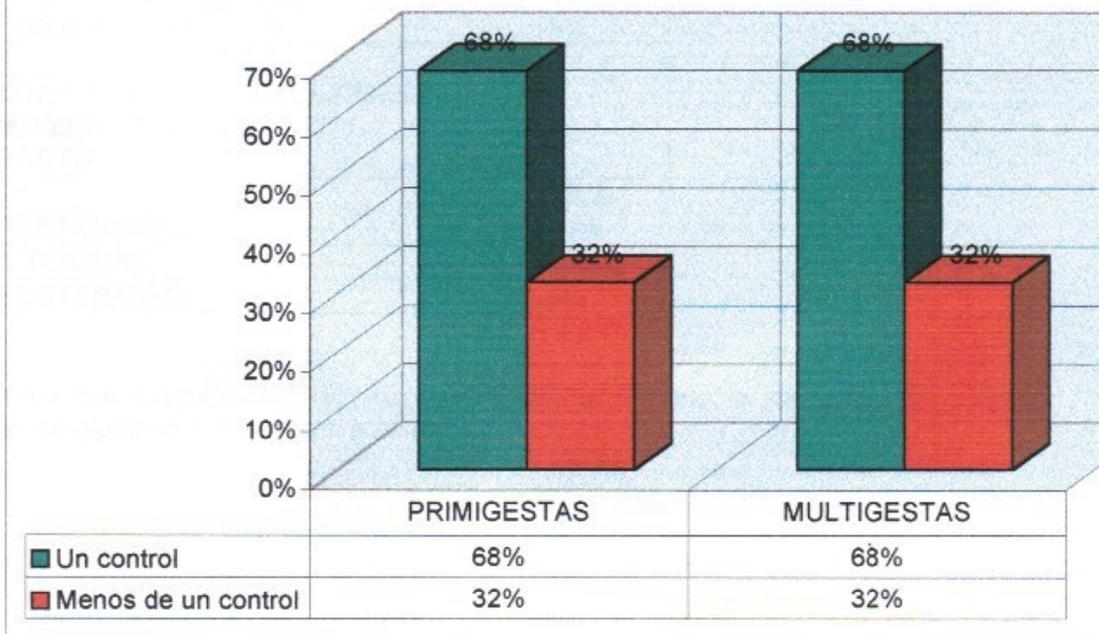
TABLA N°11

Frecuencia del control prenatal en el 9° mes de embarazo, en primigestas y multigestas, en puerperas adolescentes del H.P.R. en la primer quincena de enero del año 2002.

PERIODICIDAD	PRIMIGESTAS	
PRIMIGESTAS	FA	FR%
MENOS DE 1 CONTROL POR SEMANA	13	32%
1 CONTROL POR SEMANA	28	68%
TOTAL	41	100%
PERIODICIDAD	MULTIGESTAS	
	FA	FR%
MENOS DE 1 CONTROL POR SEMANA	8	32%
1 CONTROL POR SEMANA	17	68%
TOTAL	25	100%

GRÁFICO N°11

Frecuencia de control prenatal en el noveno mes de embarazo, en primigestas y multigestas, en puerperas adolescentes del H.P.R. en la primer quincena de enero del año 2002.



Referente a esta variable se pone de manifiesto que la periodicidad de los controles hasta el 6° mes y en el 7° y 8° mes de embarazo en ambas poblaciones no se ajustan a los criterios estipulados por el Ministerio de Salud Pública.

Se observa un aumento sustancial en la frecuencia de los controles prenatales en el 9° mes en ambas poblaciones.

También se observa una conducta similar entre ambos subgrupos, no detectándose diferencias significativas.

TABLA N°12

**EDAD GESTACIONAL AL MOMENTO DEL PARTO**

Distribución de los partos en primigestas y multigestas, en el H.P.R. en la primer quincena de enero del año 2002. -

EDAD. GES. AL MOMENTO DEL PARTO	PRIMIGESTAS	
	FA	FR%
PRETERMINO	13	22%
A TERMINO	40	69%
POSTERMINO	5	9%

EDAD GES. AL MOMENTO DEL PARTO	MULTIGESTAS	
	FA	FR%
PRETERMINO	5	15%
A TERMINO	25	76%
POSTERMINO	3	9%

Se observa que mayoritariamente los partos son de término, o sea entre 37 a 40 semanas de gestación, en ambas poblaciones.

# ANEXOS

**PROCESAMIENTO DE LOS DATOS RECABADOS**

**PRECOCIDAD**

Nº de gestas	Durante el primer trimestre	Después del primer trimestre	
Primigestas	32 (59%)	22 (41%)	54(100%)
Multigestas	15 (50%)	15 (50%)	30(100%)
	47 (60%)	37 (40%)	84(100%)

$$\chi^2 = \sum \frac{(O-E)^2}{E}$$

$$\chi^2 = 0,12 < 3,84$$

**PERIODICIDAD**

Nº de Gestas	Mas de 5 controles	Menos de 5 controles	
Primigestas	39 (67%)	19 (33%)	58(100%)
Multigestas	21 (64%)	12 (36%)	33(100%)
	60 (66%)	31 (34%)	91(100%)

$$\chi^2 = \sum \frac{(O-E)^2}{E}$$

$$\chi^2 = 0,17 < 3,84$$

**Datos obtenidos hasta el 6 mes de embarazo**

N° de Gestas	0 a 3 controles	4 a 6 controles	
Primigestas	44 (76%)	14 (24%)	58 (100%)
Multigestas	26 (79%)	7 (21%)	33 (100%)
	70 (77%)	21 (23%)	91(100%)

$$\chi^2 = \sum \frac{(O-E)^2}{E}$$

$$\chi^2 = 0,26 < 3,84$$

**Datos obtenidos en el 7 y 8 mes de embarazo**

N° de Gestas	0 a 2 controles	3 a 4 controles	
Primigestas	37 (64%)	21 (36%)	58 (100%)
Multigestas	24 (73%)	9 (27%)	33 (100%)
	61 (67%)	30 (33%)	91(100%)

$$\chi^2 = \sum \frac{(O-E)^2}{E}$$

$$\chi^2 = 0,27 < 3,84$$

**Datos obtenidos del 9 mes de embarazo**

N° de Gestas	Menos de una vez por semana	Una vez por semana hasta el momento del parto	
Primigestas	13 (32%)	28 (68%)	41 (100%)
Multigestas	8 (32%)	17 (68%)	25(100%)
	21 (32%)	45 (68%)	66(100%)

$$\chi^2 = \sum \frac{(O-E)^2}{E}$$

$$\chi^2 = 0 < 3,84$$

**Edad y número de Gestas.**

Edad	Primigestas	Multigestas	
12 a 15 años	10 (91%)	1 (9%)	11(100%)
16 a 19 años	48 (60%)	32 (40%)	80(100%)
	58 (64%)	33 (36%)	91(100%)

$\chi^2=2,78 < 3,84$

# ANEXO 6

## CRONOGRAMA DE GANTT

ACTIVIDADES	ABRIL - MAYO	JUNIO - JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	ENERO	FEBRERO
REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA	_____								_____
ELABORACIÓN DEL PROTOCOLO	_____						_____		
PRUEBA DE CAMPO							_____		
APLICACIÓN DEL INSTRUMENTO							_____		
ANÁLISIS DE DATOS								_____	
REDACCIÓN Y PRESENTACIÓN DEL INFORME FINAL									_____