



UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE ENFERMERIA
CÁTEDRA SALUD DEL NIÑO, NIÑA Y ADOLESCENTE



FACTORES BIO-SICO-SOCIALES DE ADOLESCENTES EMBARAZADAS Y PUÉRPERAS QUE INFLUYEN EN UN INADECUADO CONTROL PRENATAL DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO, DR. MANUEL QUINTELA, MONTEVIDEO 2012

Autoras:

Virginia Garderes
Ana Laura Ibáñez
Evelin López
Natalia Méndez
María Lila Silveira

Tutores:

Prof. Agdo (s) Lic. Esp. Sandro Hernández

Montevideo, 2012

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

INDICE

INTRODUCCIÓN.....	pág. 2
FUNDAMENTACIÓN.....	pág. 3
PROBLEMA DE ESTUDIO.....	pág. 6
MARCO TEÓRICO.....	pág. 7
DISEÑO METODOLÓGICO	pág. 14
RESULTADOS	pág. 25
ANÁLISIS	pág. 34
CONCLUSIÓN	pág. 36
SUGERENCIAS	pág. 37
BIBLIOGRAFÍA	pág. 38
ANEXOS.....	pág. 40

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo de investigación fue realizado por cinco estudiantes pertenecientes a la Universidad de la República, Facultad de Enfermería, cursando la carrera de Licenciatura en Enfermería, correspondiente al cuarto ciclo, realizando el trabajo final de investigación. El mismo se realizó en la órbita de la Cátedra de Salud del Niño, Niña y Adolescente bajo la tutoría del Prof. Agdo. (s) Lic. Esp. Sandro Hernández.

Este estudio se llevó a cabo en la ciudad de Montevideo, en el sector público. Buscó conocer los factores sociodemográficos que pudieran estar influyendo en la no concurrencia al control prenatal de madres adolescentes.

El mismo tiene como objetivo conocer cuáles son los factores bio-sico-sociales que conllevan a las adolescentes a no cumplir con los requisitos del control prenatal que establece el Ministerio de Salud Pública.

Desde los aspectos teóricos se entiende que los servicios de dicha atención están enmarcados en la utilización de programas de salud, y el Hospital de Clínicas no es ajeno a esto ya que trabaja entre otros con adolescentes embarazadas y púerperas.

Metodológicamente, el trabajo se basa en un estudio cuantitativo descriptivo transversal, el cual se realizó en el período comprendido entre abril y diciembre del corriente año.

Los resultados de este estudio muestran que los factores sociales y psicológicos son los que se destacan como motivos principales para incumplir el control prenatal, encontrándose entre ellos: la falta de interés, desconocimiento del embarazo y la falta de información, tanto en lo que concierne a la salud sexual y reproductiva como a la información con respecto al adecuado control prenatal.

FUNDAMENTACIÓN

Siendo el control prenatal un elemento importante en la disminución de la morbi-mortalidad-perinatal y materna, el interés en el tema surge a raíz de la inquietud que se presentó en el grupo en relación a las experiencias prácticas durante la carrera en el Hospital de Clínicas (HC) y Centro Hospitalario Pereira Rossell (CHPR). Se observaron las problemáticas del embarazo y la falta de controles prenatales en las adolescentes, lo que se traduce en una impropia relación en el binomio madre - hijo.

Numerosos estudios epidemiológicos¹ han demostrado que una gran parte de la morbi-mortalidad perinatal incide en aquellos grupos de población que presentan una situación patológica o pre-patológica que se define como “de riesgo”. Los resultados perinatales están íntimamente ligados al adecuado control prenatal y del parto. La detección precoz de estas situaciones de riesgo es posible si se realiza un control prenatal protocolizado y con exploraciones complementarias definidas a todas las embarazadas. Se entiende como control prenatal adecuado el que se realiza dentro de los tres primeros meses (captación precoz), con un número de al menos cinco consultas obstétricas en un embarazo sin complicaciones, de acuerdo a lo establecido por el Ministerio de Salud Pública (MSP), promoviendo de este modo un óptimo desarrollo del embarazo, evitando los riesgos y posibles complicaciones tanto en la madre como en el hijo.

El embarazo adolescente, por lo general no planificado y no deseado, supone un impacto negativo sobre la condición física, emocional y económica de la joven, además de condicionar definitivamente su estilo de vida, por lo que constituye para las jóvenes que resultan embarazadas un problema muchas veces más social que médico, lo cual puede conllevar a un control prenatal tardío e insuficiente.

Esta problemática hoy en día está presente a nivel mundial y varía según investigaciones recientes tanto en los países desarrollados como en los que se encuentran en vías de desarrollo, cumpliendo en los mismos un papel sumamente importante el nivel socioeconómico de las adolescentes.

Mientras que en la mayoría de los países europeos y en Cuba, Japón, Canadá y Estados Unidos la concurrencia a controles prenatales es muy elevada, en países

¹ <http://www.cepal.org>

latinoamericanos y del Caribe es muy baja y se relaciona directamente con sectores de más pobreza y desprotección social, según expresan estudios diversos en dicha temática del Fondo Internacional de Emergencia de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF).

En un estudio realizado por Equipos Mori ² en el 2011 se refleja que aproximadamente 2 de cada 3 adolescentes declaran que su embarazo no fue planificado, aumentando el nivel de no planificación en los segmentos socioeconómicos: medio-alto 86%, medio-bajo 64%; y bajo 54%.

En relación a edades según su primer embarazo se destaca que: entre 14-15 años un 78% tuvo su primer embarazo, entre 16-17 años un 60% y entre 18-19 años un 48%.

El 30 de setiembre de 2011, en el Día Nacional de la Prevención del Embarazo Adolescente se dieron a conocer datos que muestran que Uruguay tiene esta problemática que crece día a día, unida a falta de controles prenatales en las embarazadas adolescentes, convirtiéndose hoy en día en un problema sanitario y social grave en condiciones de pobreza y marginalidad social.

En la fecha, en los hospitales del sector público del país uno de cada cinco nacidos vivos es hijo de madre adolescente y en su gran mayoría no presenta los mínimos controles prenatales preestablecidos por el MSP.

Es en este contexto que en diciembre de 2005, y dentro del marco de sus cometidos y competencias el Consejo Directivo Central de la Administración Nacional de Educación (CODICEN) y de la Administración Nacional de Educación Pública (ANEP) ha visto como necesario y pertinente incorporar la educación sexual al sistema educativo formal en el ámbito de la formación integral de la niñez y adolescencia. Este proyecto se basa en un contexto de desarrollo, salud y derechos que potencia la construcción de ciudadanía en el ámbito democrático, laico y plural definido por la Constitución de nuestro país.

En un estudio llevado a cabo recientemente⁴ se muestra que el 85% de las madres adolescentes abandonan el sistema educativo, de las cuales el 64% pertenecen a un nivel

² Equipos Mori corresponde a la firma de investigación aplicada al grupo de Equipos CA, el cual es una empresa de servicios profesionales en investigación social a nivel de países latinoamericanos.

³ Fuente Ministerio de Salud Pública

socioeconómico bajo. También se muestra que en un 22% de esta población la causa de dicho abandono es el propio embarazo. Un 73% de esta población de madres adolescentes no estudia ni trabaja, en comparación con un 21% de adolescentes no embarazadas. Este hecho: “no estudiar, no trabajar y no buscar trabajo” es lo que se conoce como “desafiliación institucional”, lo que significa la desvinculación con las fuentes de conocimiento, experiencia laboral y contacto social e implica la interrupción del proceso de incorporación de posibilidades para el acceso al bienestar.

Según datos del año 2005 de la Unidad de Información Nacional en Salud del MSP, referidos a nacimientos por edad de la madre y departamento de residencia, se observa que del total de nacimientos identificados (46.153), el 0,37% corresponden a hijas/os de adolescentes madres menores de 15 años, mientras que el 16,45% lo son de jóvenes entre 15 y 19 años.

A pesar de que se han desarrollado diversos diagnósticos acerca de la situación de la adolescencia en Uruguay por parte de organismos gubernamentales, de agencias de las Naciones Unidas, de la Universidad de la República (UDELAR) y de algunas organizaciones no gubernamentales (ONG) en los últimos años, la información disponible sobre indicadores de salud en la adolescencia es parcial.

Por todo lo expuesto anteriormente se genera la interrogante de conocer qué factores condicionan la no concurrencia al control prenatal, contribuyendo con los resultados a una mejor visión de la realidad del problema. Esto redundará en un futuro en acciones de enfermería y del equipo de salud para prevención y promoción de salud, control y atención de adolescentes embarazadas, donde la enfermería universitaria debe ser el elemento dinamizador de dicha labor.

⁴ http://www.uruguayinforme.com/news/19102007/19102007_jorge_ciasullo.php

Área Temática

Embarazo adolescente.

Línea de Investigación

Control prenatal del embarazo adolescente.

Pregunta Problema

Qué características tienen las adolescentes embarazadas y puérperas que se asisten en el piso 16, clínica ginecológica B y policlínica de ginecología del Hospital de Clínicas “Dr. Manuel Quintela”, cuyo control prenatal fue inadecuado en el período comprendido entre octubre y noviembre de 2012.

Objetivo General

Conocer los factores bio-sico-sociales de embarazadas y puérperas adolescentes de 10 a 19 años que se encuentran en el Hospital de Clínicas “Dr. Manuel Quintela”, piso 16 clínica ginecológica B y policlínica de ginecología, que no cumplieron con el adecuado control prenatal.

Objetivos Específicos

- Determinar características socio demográficas de la población en estudio.
- Identificar factores relacionados al incumplimiento del control prenatal.

MARCO TEÓRICO

Proceso Salud – Enfermedad

“Es un proceso que constituye un producto social que se distribuye en la sociedad según el momento histórico cultural en que el hombre se encuentra. En este proceso el hombre puede tener distintos grados de independencia de acuerdo a su capacidad reaccional y a la situación salud enfermedad. La salud es un derecho inalienable del hombre, que debe estar asegurado por el estado a través de políticas eficaces, con la participación de la población y del equipo de salud, promoviendo la autogestión de los grupos”⁵

Salud

“Es el logro del más alto nivel de bienestar físico, mental y social, y de capacidad de funcionamiento, que permiten los factores sociales en los que viven inmersos los individuos y la colectividad; lo que no significa que haya que adaptarse a las realidades sociales y no tratar de cambiar y/o mejorar estos factores.”⁶

Entendemos la educación en salud como el proceso de enseñanza-aprendizaje que tiene como objetivo promover la salud individual, familiar y comunitaria, mediante prácticas y comportamientos responsables, solidarios y duraderos. De esta forma se contribuye a remover prejuicios y creencias que pueden conducir a la enfermedad, promoviendo conductas, hábitos y valores positivos favorables a la salud.

Atención Primaria de Salud (A.P.S.)

“La Atención Primaria de Salud es la asistencia sanitaria esencial, basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundadas, socialmente aceptables, puestas al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación, a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada

⁵ Plan de estudio INDE 1993

⁶ Salleras, San Martí Lluís. Director General de Salud Pública. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya. Catedrático de la Universidad de Barcelona. España

una de las etapas de su desarrollo, con un espíritu de auto responsabilidad y de autodeterminación”⁷.

Promoción de la salud

Promoción de la salud es: “La suma de acciones de la población, de los servicios de salud, las autoridades sanitarias y otros sectores sociales y productivos encaminadas al desarrollo de mejores condiciones de salud individual y colectiva”⁸.

Prevención

Es el producto de estudios epidemiológicos sobre la causalidad de la salud y la enfermedad, conociendo la historia social de la enfermedad. La epidemiología puede proponer métodos y técnicas para prevenir la enfermedad y para promover la salud.

Consiste en métodos y técnicas sanitarias y sociales destinadas a evitar la aparición de enfermedades y, en presencia de éstas, consecuencias o secuelas, así como la eliminación de los factores existentes en el medio.

Salud y Adolescencia en el contexto actual

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define adolescencia como “el período de la vida en el cual el individuo adquiere madurez reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y establece su independencia socio económica”.

En una declaración conjunta, realizada en 1998 por la OMS, la UNICEF y el Fondo de las Naciones Unidas para Actividades en Materia de Población [FNUAP], se declaró que el término "adolescencia" se refiere a personas que tienen entre 10 y 19 años.

Es difícil establecer límites cronológicos para este período; de acuerdo a los conceptos convencionalmente aceptados por la OMS, la adolescencia es la etapa que transcurre entre los 10 y 19 años⁹, y que se divide en “adolescencia temprana” de 10 a 14 años y “adolescencia tardía” de 15 a 19 años¹⁰. Otros autores clasifican a la adolescencia en: adolescencia temprana, la cual abarca de los 10 a los 13 años de edad, adolescencia

⁷ O.M.S Conferencia Alma-Atta. (1978)

⁸ Según las “orientaciones estratégicas y prioridades programáticas”, OPS/ OMS, 1991.

⁹ Silber T, Munist M, Maddaleno M, Suárez Ojeda E. Manual de medicina de Adolescencia N°20. Washington D.C. : OPS. Ed Paltex; 1992

¹⁰ Falke G. Medicina del Adolescente. Salud Integral del Adolescente. En: Germán Falke. Adolescencia, Familia y Drogadicción. Argentina: Ed. Atlante;1998

intermedia, que se extiende desde los 14 hasta los 16 años de edad y adolescencia tardía que comprende de los 17 a 19 años de edad.

Adolescencia temprana-pubertad

En esta etapa ocurren aquellos cambios morfológicos y fisiológicos que posibilitan el inicio de las funciones sexuales y reproductivas.

La imagen que ellos tienen de los padres es transmitida en términos de desacuerdo, de “desadmiración” y a menudo es sustituida por otras figuras que toman un valor significativo.

Adolescencia media

En esta etapa se da el proceso de remodelación morfológica y se adquiere la talla final.

En esta época se destacan la profundización en las relaciones sentimentales y amorosas y el inicio de las relaciones sexuales, todo ello en interrelación con los valores y experiencias del grupo de amigos.

Se incrementa notablemente la capacidad cognoscitiva, el razonamiento y las habilidades para la abstracción. Todo ello le da un nuevo sentido a la individualidad, pero aún persiste el pensamiento mágico infantil (a mi no me pasará...) y la dificultad para prever o anticiparse a las situaciones de riesgo. Estos comportamientos constituyen un factor del alto índice de accidentes, embarazos, enfermedades de transmisión sexual, drogadicción, suicidios, etc. que llegan a ser prevalentes en esta época. Comprobación de la identidad sexual con gran impacto emocional de las primeras relaciones sexuales.

Adolescencia tardía

La adolescencia tardía tiene como características principales la preparación para funciones del adulto, la definición de su vocación de forma realista y el establecimiento de los valores personales.

Se comienza a delinear un cuerpo de adulto con la talla definitiva y las funciones plenas en cuanto a la sexualidad y la reproducción.

Los hábitos y preferencias en relación a la alimentación están establecidos y normalmente se saben cuidar.

Si el proceso de desarrollo ha sido el esperado, el/la adolescente se convierte en una entidad independiente de su familia, pero no es extraño que algunos adolescentes muestren dificultades para asumir las responsabilidades de la adultez y continúen dependiendo de su familia y amigos. En esta última etapa ya consolidó su identidad propia, afianzando su rol social y sexual. Generalmente se produce la formación de parejas. Este período se caracteriza por: la maduración del desarrollo cognitivo y de una conciencia racional y realista, el establecimiento de relaciones. Comienza la definición de los papeles funcionales, donde logra comprometerse y establecer límites, la capacidad de planificación de futuro y de poder anticiparse y prevenir frente al riesgo.

Embarazo adolescente

El embarazo adolescente, que generalmente no se planifica ni desea, conlleva un desarrollo desfavorable de la condición física, emocional y económica de la futura madre, y condiciona su estilo de vida, constituyendo para las adolescentes que resultan embarazadas un problema principalmente social. Las malas o bajas condiciones socioeconómicas, así como la ignorancia y la pobreza constituyen factores causales muy importantes, tanto del embarazo adolescente como del inicio precoz de las relaciones sexuales.

Las primeras relaciones sexuales son espontáneas, no planeadas, lo que dificulta la utilización de algún método anticonceptivo. Así como la menarquia y el inicio de las relaciones sexuales se han adelantado, no parece ocurrir lo mismo con la madurez psicológica de los jóvenes, muchas veces poco conscientes del riesgo que asumen, según datos del Ministerio de Salud Pública de 2005.

La falta de una adecuada educación e información sexual explica, en la mayoría de las ocasiones, la alta incidencia de gestación adolescente. La responsabilidad de padres, profesores, sanitarios, de la sociedad en fin, se diluye y los jóvenes obtienen la información sobre los métodos anticonceptivos de sus amigos, medios de comunicación, etc.

Los padres, primeros responsables en materia educativa, delegan con demasiada frecuencia su responsabilidad en terceras personas, obviando su derecho y su deber de educar a sus hijos.

Suele ocurrir, con cierta frecuencia, que los adolescentes tienen sus primeras relaciones sexuales bajo el influjo del alcohol o lo hacen después de tomar otro tipo de droga.

Habitualmente el embarazo adolescente se suele detectar con retraso y ello parece obedecer a dos causas fundamentales:

1. Entre las propias jóvenes, un gran porcentaje de ellas no busca apoyo después de su primera falta menstrual y se niega a admitir la posibilidad de un embarazo, por lo que retrasan, de forma significativa, el diagnóstico de su gestación.
2. Entre los padres existe, con demasiada frecuencia, un curioso fenómeno que podríamos denominar “complicidad de los padres”, que hace que del riguroso control de la hija adolescente se pase a una actitud de ceguera incomprensible ante la sospecha de una gestación.

Cuando la joven y/o su entorno familiar enfrentan el embarazo, hay que tener presente que los riesgos o complicaciones de carácter obstétrico y médico son pequeños comparados con los problemas sociales y económicos, que además pueden tener efectos a largo plazo sobre la salud de la adolescente.

Atención prenatal

Los resultados perinatales están íntimamente ligados al adecuado control prenatal y del parto y una gran parte de la morbi-mortalidad perinatal incide en aquellos grupos de población que presentan una situación patológica o prepatológica que se define como “de riesgo”. La detección precoz de estas situaciones de riesgo es posible si se realiza un control prenatal protocolizado y exploraciones complementarias definidas a todas las embarazadas. Se entiende por control prenatal (vigilancia, asistencia, cuidado, acompañamiento y consulta prenatales) 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.

Las gestantes adolescentes inician el control de embarazo más tarde que las embarazadas adultas, y el inicio es más tardío cuanto más joven sea la mujer. Coincidentemente, además del retraso en el inicio del control prenatal se da el fenómeno de que los controles posteriores no son seguidos con la periodicidad aconsejada.

Los objetivos de la vigilancia perinatal están dirigidos a disminuir la mortalidad materna y la morbi-mortalidad perinatal. Para lograrlo es necesario efectuar una atención precoz, periódica, continua, completa y de buena calidad.

Los objetivos de las atenciones prenatales deben garantizar el derecho a que la madre y su hijo/a alcancen al final de la gestación un adecuado estado de salud, por lo que es necesario brindar una atención que contribuya a la detección de cualquier complicación.

Un control prenatal eficiente debe cumplir con cuatro requisitos básicos:

Precoz: se trata de que el primer control se efectúe antes de las doce semanas de gestación. Esto permite la ejecución oportuna de las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud que constituyen la razón fundamental del control. Además torna factible la identificación temprana de los embarazos de alto riesgo, aumentando por lo tanto la posibilidad de planificar eficazmente el manejo de cada caso en cuanto a las características de la atención obstétrica a recibir.

Periódico: la frecuencia de los controles prenatales varía según el riesgo que presenta la embarazada. Se considera adecuado un número mínimo de cinco consultas al término de un embarazo de bajo riesgo, repartidas de la siguiente manera: mensualmente hasta la semana 28, quincenalmente hasta la semana 36, semanalmente hasta el parto. Esta secuencia podrá alterarse a juicio de la mujer y/o equipo sanitario de aparecer circunstancias que así lo ameriten.

Completo: los contenidos mínimos del control deben asegurar efectividad en las acciones de promoción, protección y recuperación.

Amplia cobertura: solo en la medida en 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.

Para garantizar una correcta ejecución de la norma de control prenatal es imprescindible disponer de un sistema que permita registrar toda la información relevante para una

correcta planificación de la atención de la embarazada y su hijo. El sistema de registro es el más apropiado para supervisar el cumplimiento de la norma y brindar los datos indispensables para su evaluación ulterior. El sistema deberá incluir historia clínica perinatal base y carné perinatal.

Historia clínica perinatal base

La historia clínica perinatal base deberá uniformizar el contenido de la documentación correspondiente al embarazo, parto, puerperio y al recién nacido en el período neonatal inmediato. Su diagrama general y el instructivo para su llenado deberán facilitar que los datos considerados de importancia sean sistemáticos y uniformemente recabados y registrados en el momento oportuno. El ordenamiento de los datos deberá permitir su recolección, realizándolo en tiempo breve y agilizar su ulterior análisis, ya sea por quien los recogió como también por aquel que, no habiéndolo hecho, necesita información incluida en la historia.

Carné perinatal

El carné perinatal es un instrumento que constituye el nexo entre los distintos períodos de la atención, integra las acciones que el equipo de salud realiza durante el embarazo, parto y puerperio, evitando la falta de datos que pudiera existir y contribuyendo a mejorar la calidad de atención. El mismo debe estar siempre en poder de la embarazada.

Para ello dentro del control prenatal se establecen las rutinas obstétricas, las cuales se entienden como un conjunto de exámenes paraclínicos destinados a detectar precozmente las afecciones que suelen complicar el embarazo.

DISEÑO METODOLÓGICO

Tipo de Estudio

Estudio cuantitativo, descriptivo, transversal.

Área de Estudio

Este trabajo se llevó a cabo en la ciudad de Montevideo, en zona urbana, tomando como referencia el hospital de Clínicas “Dr. Manuel Quintela”, piso 16 clínica ginecotológica B y policlínica ginecológica.

Población de Estudio

Todas las adolescentes embarazadas y púerperas entre 10 a 19 años, que asisten al hospital de Clínicas “Dr. Manuel Quintela”, piso 16 clínica ginecotológica B y policlínica ginecológica en el período comprendido entre octubre y noviembre del 2012.

Criterio de Inclusión

Adolescentes que asisten al hospital de clínicas “Dr. Manuel Quintela”, piso 16 clínica ginecotologica B y policlínica ginecológica que:

- Cursen embarazo y puerperio.
- Con captación tardía y/o menos de 5 controles prenatales.

Método de Recolección de Datos, Información e Instrumento.

Previamente a la realización de trabajo de campo se elaboró una carta solicitando autorización a los servicios para implementar el instrumento.

Para la recolección de datos se realizó lectura de la historia clínica, ésta permitió captar adolescentes que cumplieran con los criterios de inclusión. Una vez realizada dicha captación, se realizó una encuesta aplicando un formulario semi-cerrado por el cual se abordó a todas las adolescentes embarazadas que se encontraban en el consultorio de psicología médica en policlínica de ginecología y adolescentes en etapa de puerperio hospitalizadas en piso 16 ginecotológica B.

Plan de Tabulación y Análisis de los Resultados

Es un estudio multivariado, cuyo plan de tabulación se realizó mediante tablas de frecuencias, univariadas y bivariadas.

Variables

☪ *Edad Materna.*

Definición Conceptual: tiempo en años que ha transcurrido desde el nacimiento de la adolescente hasta el momento de la entrevista.

Definición Operacional:

- ☐ Adolescencia temprana de 10 a 13 años
- ☐ Adolescencia intermedia de 14 a 16 años
- ☐ Adolescencia tardía de 17 a 19 años en adelante

Variable Cuantitativa discreta de escala de razón o proporción.

☪ *Procedencia.*

Definición Conceptual: Es el origen de donde proviene la adolescente.

Definición Operacional:

- ☐ Montevideo
- ☐ Interior

Variable Carácter cualitativa de escala nominal

Estado Civil.

Definición Conceptual: Situación de la adolescente determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco, que establece ciertos derechos y deberes.

Definición Operacional:

- ☐ Soltera

- Casada
- Divorciada
- Viuda
- Unión libre

Variable de carácter cualitativa de escala nominal

☪ ***Nivel de Instrucción.***

Definición Conceptual: último año cursado y aprobado según manifestación de la adolescente.

Definición Operacional:

- Analfabeta
- Primaria incompleta
- Primaria completa
- Secundaria incompleta
- Secundaria completa
- Otros
- Variable de carácter cualitativa de escala ordinal

☪ ***Núcleo Familiar.***

Definición Conceptual: Grupo de personas que residen con la adolescente bajo el mismo techo y comparten una vida en común

Definición Operacional:

- Familia nuclear
- Familia compuesta
- Familia extensa

- Situación de calle
- Hogar sustituto

Variable cualitativa de carácter nominal

☪ ***Antecedentes Personales.***

Definición Conceptual: manifestación de la adolescente de poseer alguna patología y o discapacidad.

Definición Operacional:

- Diabética
- Hipertensa
- Asmática
- Alérgica
- Patologías Psiquiátricas
- Discapacidad Física
- Otros
- Sin antecedentes
- Variable de carácter cualitativa de escala nominal

☪ ***Hábitos Nocivos***

Definición Conceptual: conducta o agentes externos cuya práctica o interacción repetida de la adolescente que llevan a provocar daños a corto o largo plazo.

Definición Operacional:

- Consume alcohol
- Consume drogas ilícitas
- Tabaquista

Variable de carácter cualitativa de escala nominal

☞ ***Presenta Carne de Asistencia***

Definición Conceptual: Es el documento que habilita a la adolescente a recibir las prestaciones de salud ofrecidos por la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE) dentro de todo el territorio nacional.

Definición Operacional:

- Si
- No

Variable de carácter cualitativo de escala nominal

☞ ***Carne de Asistencia.***

Definición Conceptual: Tenencia del carne de asistencia que habilita a ser atendida en servicios de salud pública.

Definición Operacional:

- Si
- No

Variable de carácter cualitativo de escala nominal

☞ ***Situación Laboral***

Definición Conceptual: cualquier actividad física o intelectual que realiza la adolescente y recibe algún tipo de respaldo o remuneración.

Definición Operacional:

- Trabaja
- No trabaja

Variable Cualitativa de carácter nominal

Flexibilidad Laboral para Concurrir a Controles Prenatales

Definición Conceptual: Existencia en el ámbito laboral de la adolescente de un modelo regulador de los derechos laborales, con el fin de concurrir a los controles prenatales.

Definición operacional:

- Si
- No

Variable de carácter cualitativa de escala nominal

Edad Gestacional al Primer Control

Definición Conceptual: Duración del embarazo calculada desde el primer día de la última menstruación normal hasta el nacimiento o hasta el evento gestacional en estudio.

Definición Operacional:

- 1° Trimestre - Semana 1 a la 12
- 2° Trimestre- Semana 13 a la 27
- 3° Trimestre- Semana 28 a la 41

Variable cuantitativa discreta de escala ordinal

Números de Controles

Definición Conceptual: Cantidad de series de contacto, 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:

- Cero
- Uno
- Dos

- Tres
- Cuatro
- Mayor o igual a cinco

Variable de carácter cuantitativa discreta, de escala de proporción o razón

☪ *Antecedentes Obstétricos*

Definición conceptual: hechos relacionados a la salud sexual y reproductiva.

Definición Operacional:

- Primigesta
- Secundigesta
- Multigesta
- Abortos
- Hijos nacidos vivos
- Hijos nacidos muertos

Variable de carácter cuantitativa discreta de escala de proporción o razón

☪ *Embarazo Deseado*

Definición Conceptual: anhelar que acontezca o deje de acontecer el embarazo.

Definición Operacional:

- Si
- No

Variable carácter cualitativo de escala nominal

☪ *Embarazo Planificado*

Definición Conceptual: Idear y proyectar el método y los medios para lograr el embarazo.

Definición Operacional:

- Si
- No

Variable carácter cualitativo de escala nominal

☪ ***Contención Familiar***

Definición Conceptual: Refiere al amplio espectro de interacción y apoyo de la persona afectada y su familia.

Definición Operacional:

- Si
- No

Variable de carácter cualitativo de escala nominal

☪ ***Violencia Domestica***

Definición Conceptual: Abuso físico, sexual o emocional que ocurre en una casa o por un miembro familiar a otro.

Definición Operacional:

- Si
 - Físicas
 - Psicológicas
 - Verbal
- No

Variable carácter cualitativo de escala nominal.

☪ ***Información que Recibió la Adolescente Relacionado al Control Prenatal***

Definición Conceptual: Conocimiento de la importancia de los controles durante el embarazo que contribuyen a descender la morbi-mortalidad materna y fetal.

Definición Operacional:

- Sin información
- Información relacionada solo a la captación precoz
- Información relacionado a la concurrencia de los controles prenatales
- Información relacionada con la captación precoz y la concurrencia a los controles prenatales.

Variable de carácter cualitativo de escala nominal.

☞ ***Motivos Por los Cuales la Usuaría Refiere no Haber Concurrido a los Controles Prenatales***

Definición Conceptual: motivos, razones por el cual la usuaria manifestó no haber realizado el control prenatal preestablecido por el MSP.

Definición Operacional:

- Ignorancia del Embarazo: Ausencia de conocimiento del estado gravídico.
- Falta de Información Acerca del Adecuado Control Prenatal: Se hace referencia a la captación precoz y a la concurrencia de al menos 5 controles prenatales
- Cuidado de Hijos: Derecho y deberes que los padres tiene de amparar, defender, y cuidar la persona (hijo o hija), menor de edad y participar en su crianza y educación.
- Miedo: Perturbación angustiosa del ánimo por un riesgo o daño real o imaginario.
- Falta de Interés: Falta de disposición para concurrir a los controles prenatales de forma adecuada.
- No Aceptación del Embarazo: Sentimiento por la cual la adolescente no admite su estado gestacional.
- Vergüenza: perturbación producida por el miedo a cometer ante los demás una falta o a hacer algo que uno mismo considera ridículo o humillante.

- Demora en otorgar fecha para la consulta.

Variable de carácter cualitativo de escala nominal

☪ Información Recibida Sobre Educación en Salud Sexual y Reproductiva

Definición Conceptual: manifestación de la usuaria de haber recibido información sobre educación en salud sexual y reproductiva.

Definición Operacional:

- Si
- No

Variable de carácter cualitativo de escala nominal

☪ Tipo de información Recibida Sobre Educación en Salud Sexual y Reproductiva

Definición Conceptual: fuente de donde proviene la información recibida por la usuaria sobre salud sexual y reproductiva.

Definición Operacional:

- Formal¹¹
- Informal¹²

Variable de carácter cualitativo de escala nominal

Recursos Humanos

- Virginia Garderes
- Ana Laura Ibáñez

¹¹ Definimos como formal a aquella información proveniente de centros de educación como escuelas y liceos, campañas informativas en centros de salud.

¹² Definimos como informal a la información recibida por parte de familiares, amigos, etc.

- Evelin López
- Natalia Méndez
- María Lila Silveira

Recursos Materiales

Hojas de recolección de datos, lapiceras, computadoras, internet, impresoras, hojas A4, memorias USB.

RESULTADOS

Tabla N°1: distribución de la población según edad

Edad	FA	FR%
10 – 13 años	0	0%
14 – 16 años	5	25%
17 – 19 años	15	75%

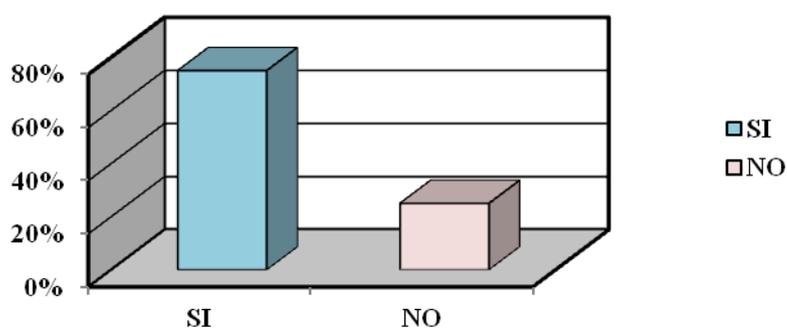
Fuente: instrumento de recolección de datos e historia clínica

Tabla N° 2: distribución de la población según nivel de instrucción

Nivel de instrucción	FA	FA%
Analfabeta	0	0%
Primara incompleta	0	0%
Primara completa	7	35%
Secundaria incompleta	12	60%
Secundaria completa	1	5%
Otros	0	0%

Fuente: instrumento de recolección de datos e historia clínica

Gráfico N° 1: Distribución de la población según: recibió educación sobre salud sexual y reproductiva



Fuente: instrumento de recolección de datos e historia clínica

Grafico N° 2: distribución de la población según: tipo de educación que recibieron con respecto a la salud sexual y reproductiva

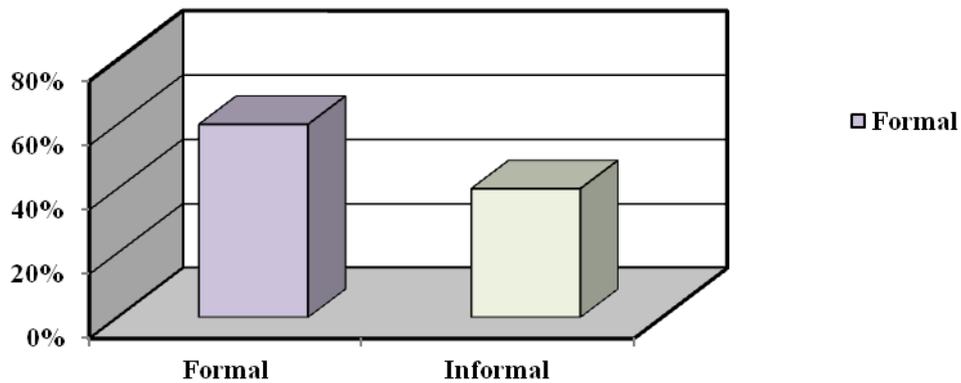
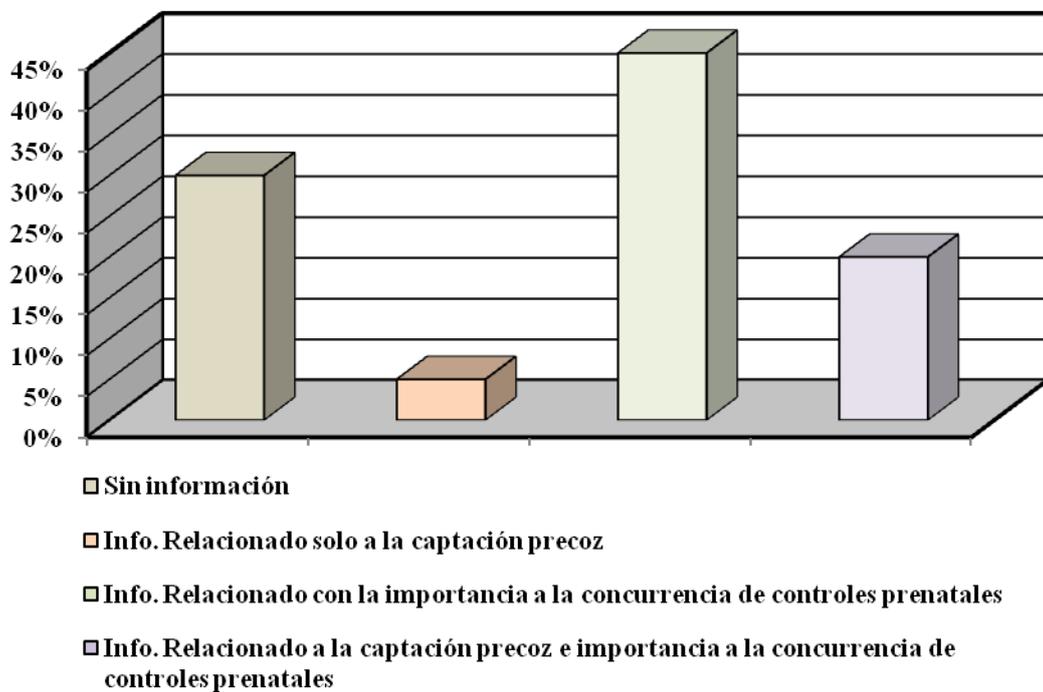
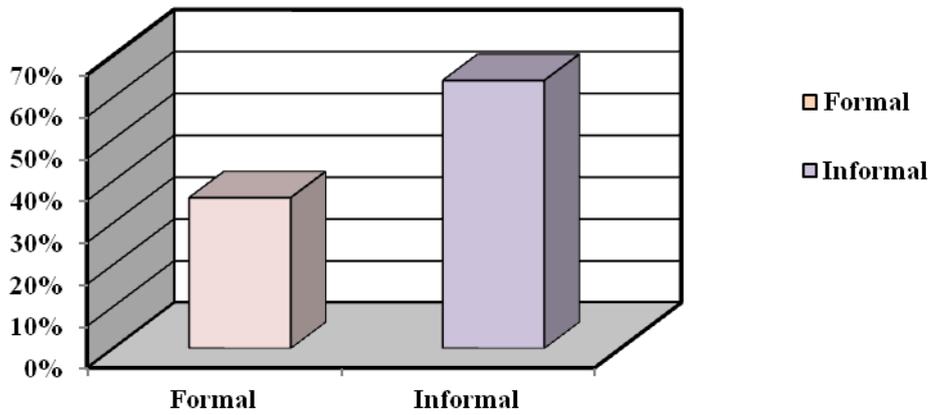


Grafico N° 3: Distribución de la población según información con respecto al control prenatal



Fuente: instrumento de recolección de datos e historia clínica

Grafico N° 4: Distribución de la población según por el medio por el cual las 14 madres adolescentes obtuvieron información con respecto a la importancia del control prenatal



Fuente: instrumento de recolección de datos e historia clínica

TABLA N° 3: distribución de la población según embarazo deseado

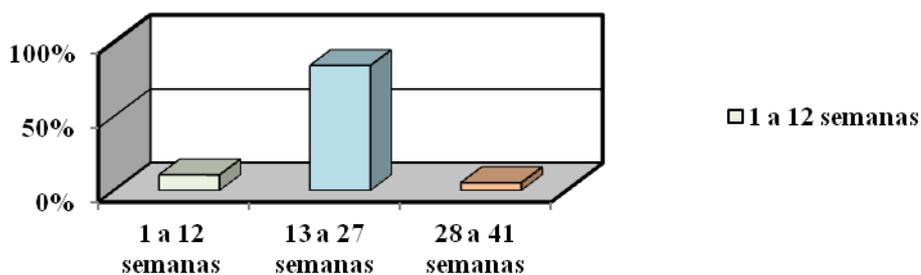
Embarazo Deseado	FA	FR%
SI	16	80%
NO	4	20%

TABLA N° 4: distribución de la población según embarazo planificado

Embarazo Planificado	FA	FR%
SI	5	25%
NO	15	75%

Fuente: Instrumento de recolección de datos e historia clínica

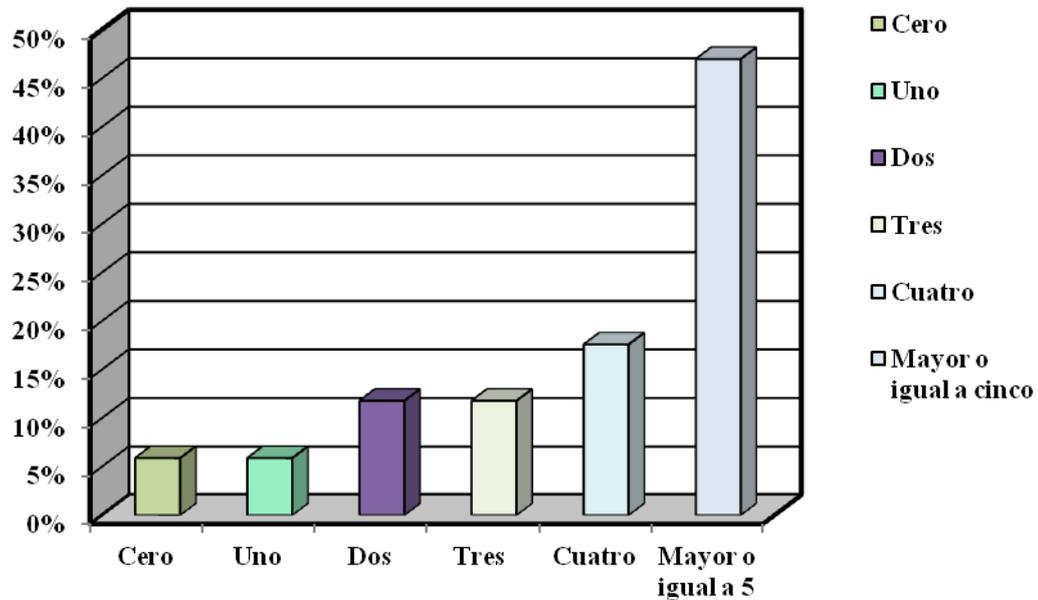
Grafico N° 7: distribución de la población según edad gestacional al primer control*



Fuente: Instrumento de recolección de datos e historia clínica

□ Una de las usuarias entrevistadas no tuvo control prenatal ya que ingresa al servicio en trabajo de parto.

Grafico N° 8: distribución de la población según números de controles de puérperas*



Fuente: Instrumento de recolección de datos e historia clínica

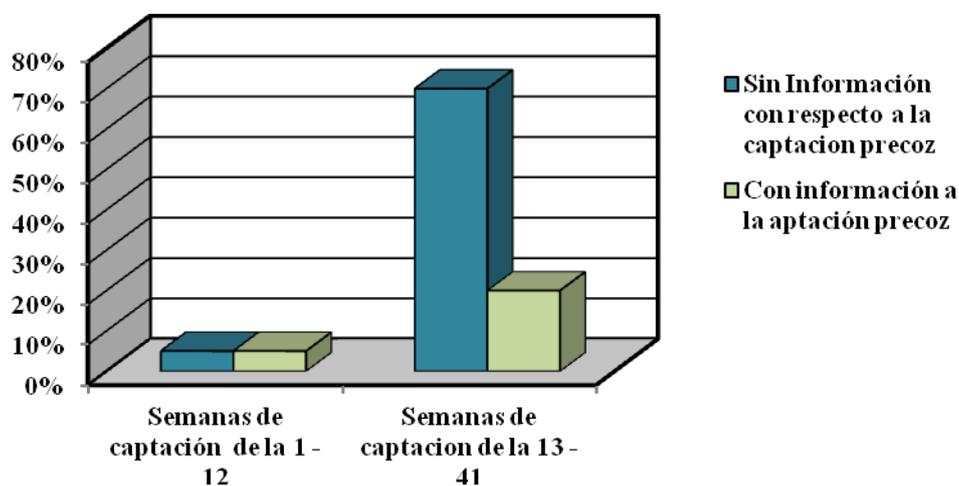
□ Tres de las adolescentes entrevistadas aun cursaban su embarazo y las mismas fueron excluidas de la siguiente tabulación.

Tabla N° 5: distribución de la población según semanas de captación con Información respecto a capitación precoz

Semanas de Captación	Información con respecto a la captación precoz		Total
	Sin Información (%)	Con información (%)	
Entre la 1 – 12 semanas	5%	5%	10%
Entre las 13 – 41 semanas	70%	20%	90%
Total	75%	25%	100%

Fuente: instrumento de recolección de datos e historia clínica

Grafico N° 9: distribución de la población según semanas de captación con información respecto a captación precoz



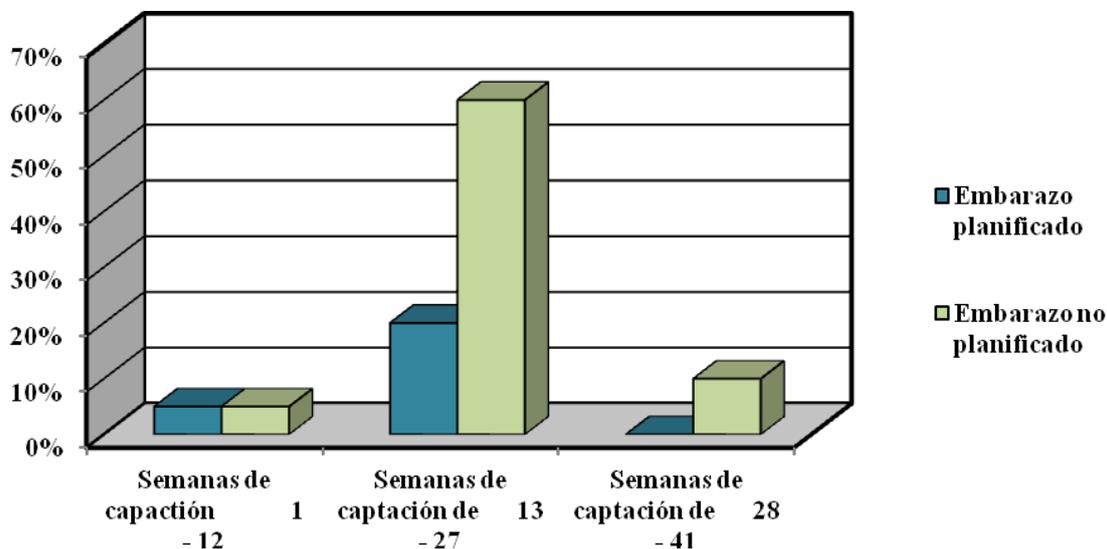
Fuente: Instrumento de recolección de datos e historia clínica

Tabla N° 6: distribución de la población según embarazo planificado con semanas de captación

Embarazo Planificado	Semanas de captación			Total
	1 – 12 semanas (%)	13 – 27 semanas (%)	28 – 41 semanas (%)	
Si	5%	20%	0%	25%
No	5%	60%	10%	75%
Total	10%	80%	10%	100%

Fuente: instrumento de recolección de datos e historia clínica

Gráfico N° 10: distribución de la población según embarazo planificado y semanas de captación



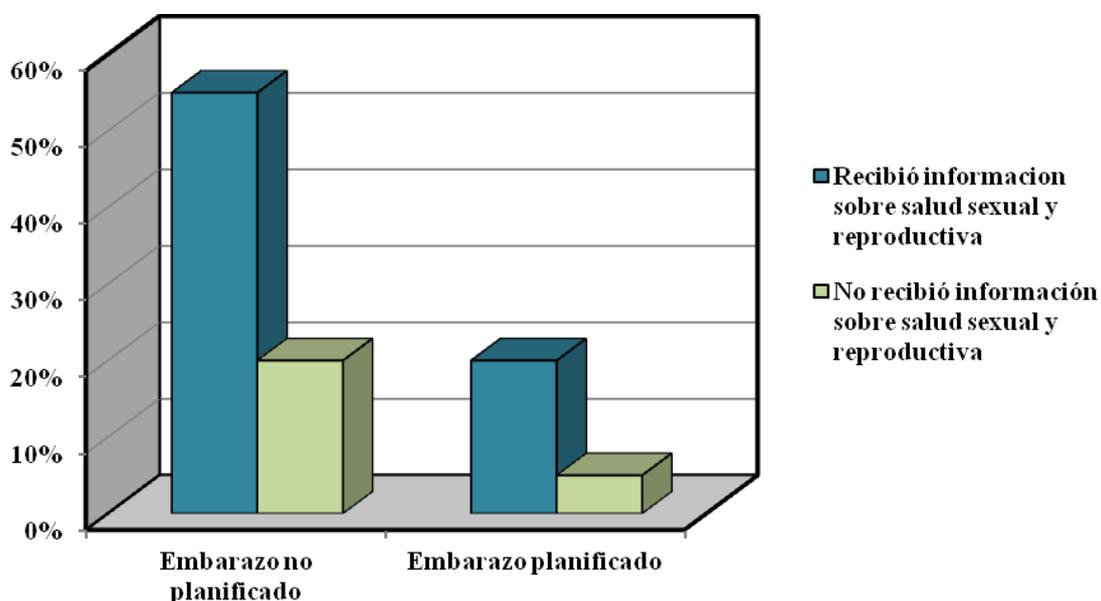
Fuente: Instrumento de recolección de datos e historia clínica

Tabla N° 7: distribución de la población según embarazo planificado relacionado con información sobre salud sexual y reproductiva.

Embarazo planificado	Información sobre salud sexual y reproductiva		Total
	Recibió información (%)	No recibió información (%)	
Si	20%	5%	25%
No	55%	20%	75%
Total	75%	25%	100%

Fuente: instrumento de recolección de datos e historia clínica

Gráfico N° 11: distribución de la población según embarazo planificado relacionado con información sobre salud sexual y reproductiva



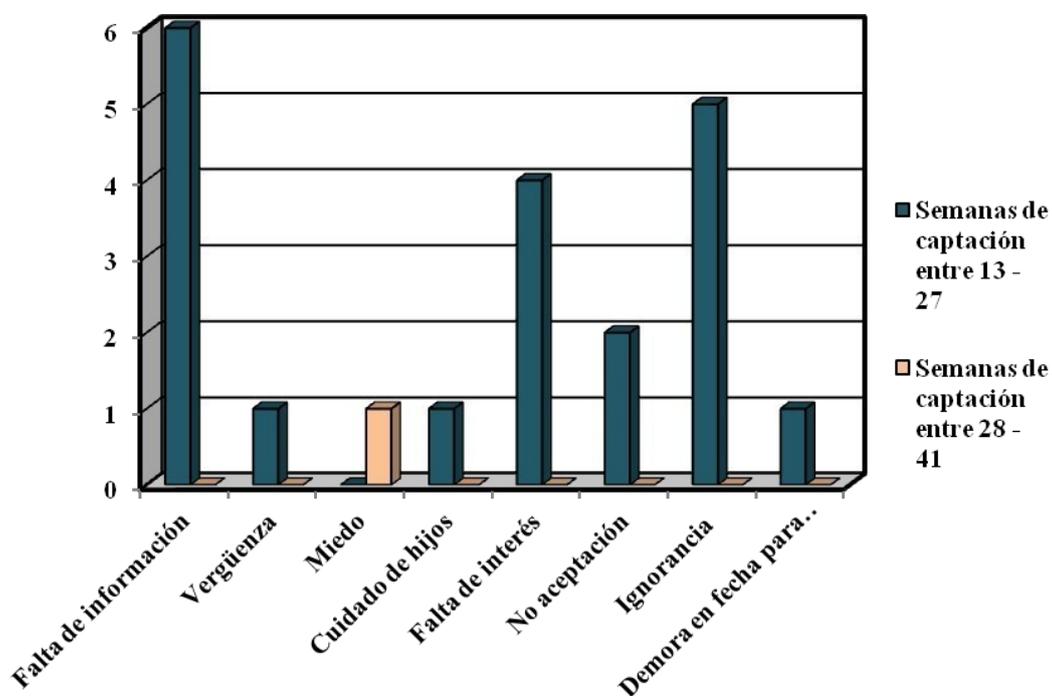
Fuente: Instrumento de recolección de datos e historia clínica

Tabla N° 8: distribución de la población según motivos de la captación tardía con semanas de captación.

Motivos a la captación tardía	Semanas de captación de embarazo		Total
	13 a 27 semanas	28 a 41 semanas	
Falta de información	6	0	6
Vergüenza	1	0	1
Miedo	0	1	1
Cuidado de hijos	1	0	1
Falta de interés	4	0	4
No aceptación	2	0	2
Ignoraba embarazo	5	0	5
Demora en fecha para control	1	0	1
Total	20	1	21

Fuente: instrumento de recolección de datos e historia clínica

Grafico N° 12: distribución de la población según motivos de la captación tardía con semanas de captación



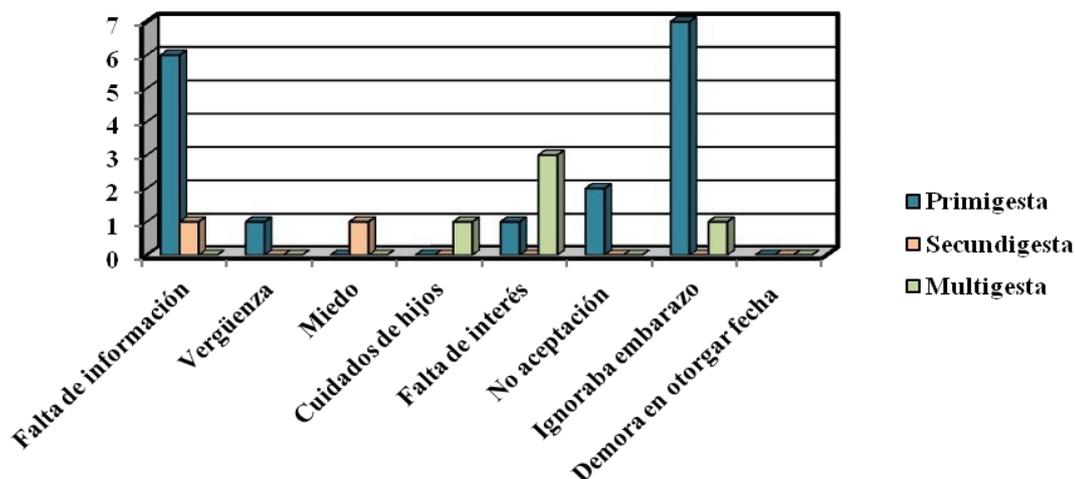
Fuente: Instrumento de recolección de datos e historia clínica

Tabla N° 9: distribución de la población según motivos de captación tardía con número de gestas

Motivos a la captación tardía	Número de gestación			Total
	Primigestas	Secundigestas	Multigestas	
Falta de información	6	1	0	6
Vergüenza	1	0	0	1
Miedo	0	1	0	0
Cuidado de hijos	0	0	1	1
Falta de interés	1	0	3	3
No aceptación	2	0	0	2
Ignoraba embarazo	7	0	1	8
Demora en fecha para control	0	0	1	1
Total				

Fuente: instrumento de recolección de datos e historia clínica

Gráfico N° 13 distribución de la población según motivos de captación tardía con número de gestas

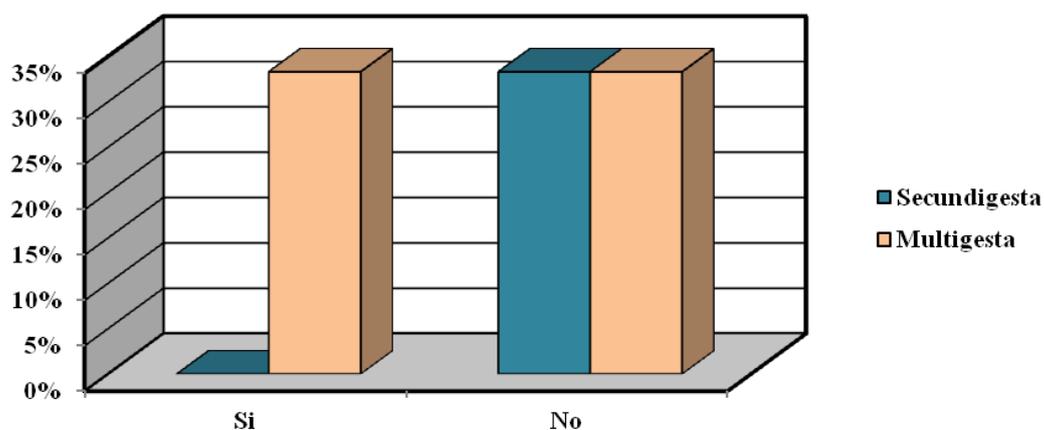


Fuente: instrumento de recolección e historia clínica

Tabla N° 10: distribución de la población según información con respecto al control prenatal con número de gestas

Información con respecto al control prenatal	Número de gestas		Total
	Secundigesta (%)	Multigesta (%)	
Si	0%	33.3%	33.3%
No	33.3%	33.3%	66.6%

Gráfico N° 14: distribución de la población según información con respecto al control prenatal con número de gestas



Fuente: Instrumento de Recolección de datos e Historia Clínica

ANÁLISIS

Los resultados corresponden al estudio realizado durante un período de dos meses, sobre una población comprendida por 20 adolescentes de entre 10 y 19 años, cursando su embarazo o puerperio.

La edad predominante se vio reflejada entre los 17 y 19 años, la cual correspondió a un 75% de dicha población.

En nuestro país, en los últimos años en los centros de educación primaria y secundaria se comenzaron a implementar espacios educativos con el objetivo de brindar información sobre salud sexual y reproductiva. Se observó que un 75 % de las adolescentes manifestó haber recibido información sobre salud sexual y reproductiva, de las cuales un 60 % afirmó haberla recibido dentro de este ámbito, mientras que el resto refirió haberla recibido a través de familia, amigos.

Se destaca que un 35% cursó y terminó estudios primarios, mientras que un 60% cursaba estudios secundarios y un 5% los culminó.

La falta de educación y/o información sexual y reproductiva formal, podría ser un factor coadyuvante en la mayoría de los casos de embarazo adolescente. La responsabilidad de padres, profesores, personal de la salud y de la sociedad en su conjunto se diluye y los jóvenes obtienen la información sobre los métodos anticonceptivos de sus amigos y medios de comunicación, muchas veces viciada de errores.

Del total de la población un 75% no planificó su embarazo y dentro de éste un 55% refirió no haberlo planificado, pero haber recibido información sobre salud sexual reproductiva.

A pesar del gran número de adolescentes que no planificaron su embarazo, se reflejó que existía un alto porcentaje de deseo del mismo.

Cabe destacar que los hábitos nocivos que presentaron las adolescentes fueron en un 50% consumo de alcohol (ver anexo 4, gráfico N°5), pudiendo influir negativamente en la planificación del embarazo y en alguno de los casos el deseo del mismo.

En lo que respecta a la información del control prenatal, se encontró que el 90% de los embarazos fueron captados tardíamente, observándose que el 47% de los casos tenían un adecuado número de controles.

Los resultados muestran que un 70% de la población total poseía algún tipo de información con respecto al adecuado control prenatal; el 64% de ellas refirió haberla recibido de familia y amigos, el restante 36% recibió la información a través de centros de salud. Dentro de la población con captación tardía se reflejó que el 70% no tenía información con respecto a captación precoz.

Se encontró que en un 60% de los embarazos no planificados, la captación de los mismos ocurrió en el segundo trimestre, y un 10 % en el último trimestre, existiendo un caso en el cual no tuvo control alguno. Esto denota una fuerte relación entre la no planificación del embarazo y la captación tardía del mismo.

En lo que respecta a antecedentes obstétricos (ver anexo 4 Grafico 6), se observó que la mayoría de la población era primigesta. Dentro de esta, la mayoría no cumplió con el adecuado control prenatal ya que desconocía su estado gravídico. Esto se puede traducir en que las adolescentes carecían de conocimientos acerca de los signos de alarma ante un embarazo no planificado.

Por otra parte se observó que de las adolescentes que habían tenido gestas anteriormente, la falta de interés fue uno de los motivos que predominó, así como también la falta de información acerca del adecuado control prenatal en su conjunto.

Si bien la gran parte de las adolescentes contaron con apoyo familiar, se reflejó que la mayoría las adolescentes recibieron la información de control prenatal de forma informal, por lo tanto se podría deducir que el entorno de la adolescente carece de una adecuada información. Esto se denota por el incumplimiento de los controles prenatales.

A través de los resultados obtenidos del estudio de investigación, se puede considerar que la falta de información, interés y el desconocimiento del embarazo fueron factores que determinaron una actitud de incumplimiento a la concurrencia del control prenatal.

CONCLUSIÓN

Se detecta que más allá de la educación y/o información formal que la adolescente recibió sobre salud sexual y reproductiva, los números de embarazos adolescentes en este período fueron notoriamente relevantes. Esto puede estar ampliamente ligado al período al cual la adolescente se encuentra, sufriendo grandes cambios a niveles físico y emocional (entre otros).

Este período se caracteriza por presentar una identidad poco definida, con percepción de la realidad distorsionada y sentido de omnipotencia. Es en este momento en el cual se dan numerosos embarazos no planificados, los cuales tienen connotación negativa tanto para dicha adolescente como para su familia, ya que no se encuentran preparados para un embarazo precoz. Esto genera una falta de interés y desmotivación con respecto a la concurrencia al control prenatal, que puede estar vinculada a la negación que presentan los padres ante el inminente embarazo.

También se concluye que la falta de información y/o educación formal acerca del adecuado control prenatal, lleva a que la adolescente que se encuentra cursando un embarazo, no cumpla con el correspondiente control.

Por todo lo expuesto anteriormente, se puede concluir a través de los resultados de la investigación y el análisis de la misma, que se logró conocer los factores bio-sico-sociales que podrían estar influenciando el control prenatal adecuado. Se reflejan como predominantes los factores sociales y psicológicos, y entre ellos los más destacados son la falta de información, de interés y desconocimiento del embarazo.

SUGERENCIAS

Consideramos que sería importante que se continúe con esta investigación, realizando un estudio con otro tipo de diseño, y de esta forma contribuir a un acercamiento de la realidad para obtener un mejor resultado. Se sugiere un estudio de tipo longitudinal y con tamaño muestral mayor, el cual permita analizar con mayor profundidad las variables.

Es frente a la realidad de los problemas detectados en esta investigación donde se destaca la importancia del rol del Enfermero Universitario, por las acciones que el mismo cumple junto al equipo de salud, trabajando en prevención y promoción de salud, participando activamente en políticas y estrategias de educación sexual y reproductiva, para llegar a intervenir sobre la realidad detectada, fomentando la preservación integral de la salud del adolescente.

BIBLIOGRAFÍA

- ▯ Arena Farooppa J, Berro Dubourg P, Pereira Pena J, “Pautas terapéuticas en Obstetricia”, primera edición, oficina del libro AEM, Montevideo Uruguay, 1998.
- ▯ Hernández Sampieri R, Fernández Collado Baptista Lucio P “Metodología de la Investigación”, Quinta edición, Mac Graw-Hill, 2010.
- ▯ Pineda E, Alvarado E, “Metodología de la Investigación”, Tercera edición, Organización Panamericana de la Salud, (OPS), Washington Dc, 2008.
- ▯ Schwarcz R, Gonzalo Díaz A, Fescina R, De Mucio B, Belitzky R Delgado L, “Atención prenatal y del parto de bajo riesgo.1 ed. Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano (CLAP), Organización Mundial de la Salud, (OMS). Montevideo. Uruguay. Julio 1991. N°1234
- ▯ Sentís Vilalta J, Pordell Alenta H, E, Canela Soler J, “Manual de Bioestadística”, Tercera Edición, Masson, Barcelona, España, 1995

Sitios Web

- ▯ <http://es.scribd.com/doc/7104680/Embarazo-en-La-Adolescencia>
- ▯ http://issuu.com/flacso.chile/docs/embarazo_adolescente
- ▯ <http://publicaciones.ops.org.ar/publicaciones/publicaciones%20virtuales/libroVirtualAdolescentes/pdf/embarazoAdolescente.pdf>
- ▯ http://www.mysu.org.uy/IMG/pdf/separata_4.pdf
- ▯ <http://es.scribd.com/doc/7104680/Embarazo-en-La-Adolescencia>
- ▯ http://issuu.com/flacso.chile/docs/embarazo_adolescente
- ▯ <http://publicaciones.ops.org.ar/publicaciones/publicaciones%20virtuales/libroVirtualAdolescentes/pdf/embarazoAdolescente.pdf>
- ▯ http://www.mysu.org.uy/IMG/pdf/separata_4.pdf

- <http://es.scribd.com/doc/7104680/Embarazo-en-LaAdolescencia>
- http://issuu.com/flacso.chile/docs/embarazo_adolescente<http://publicaciones.ops.org.ar/publicaciones/publicaciones%20virtuales/libroVirtualAdolescentes/pdf/embarazoAdolescente.pdf>
- http://www.uruguayinforme.com/news/19102007/19102007_jorge_ciasullo.php

Anejos

Descripción del
Proyecto



Descripción de la
Información



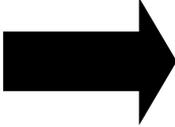
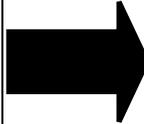
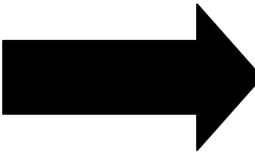
Descripción de los
Resultados



Descripción del
Informe Final



Cronograma Gantt

	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Setiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre
Delimitación del Tema a Estudiar									
Recolección y Selección de la Biografía									
Elaboración del Protocolo									
Recolección de la Información									
Análisis de los Resultados									
Elaboración del Informe Final									

Anexo N° 1 Carta Autorización

Montevideo, 24 de setiembre de 2012

Sra. Jefa de Departamento de Educación División Enfermería,
Hospital de Clínicas.
Lic. Esp. Miriam Garrasí.
Presente.

Quienes suscriben, un grupo de 5 estudiantes pertenecientes a la Facultad de Enfermería de la Universidad de la República, cursando el último ciclo de la Licenciatura en Enfermería, estamos realizando el trabajo de investigación final de dicha carrera, bajo la tutoría del Prof. Agdo. Lic. Enf. Sandro Hernández perteneciente a la cátedra Niño y Adolescente.

El trabajo de investigación tiene como objetivo Conocer los factores sicosociales de embarazadas y púérperas adolescentes de 14 a 19 años que se encuentran en el Hospital de clínicas "Manuel Quintela", piso 16 clínica ginecológica B y policlínica de ginecología, que no cumplieron con el adecuado control prenatal, según normas establecidas del MSP.

A tales efectos le solicitamos a usted la posibilidad de aplicar dicha investigación en el piso 16, clínica ginecotocológica B y policlínica ginecológica del Hospital de Clínicas, Dr. Manuel Quintela.,(Se adjunta instrumento - cuestionario).

Le saludan atte.

[Handwritten signatures of the five students]

EVELIN LOPEZ. 099 [redacted]

M^o LILA SILVEIRA 099 [redacted]

NATALIA FÉRNDEZ 099 [redacted]

ANA LAURA IBONÉZ 095 [redacted]

Virginio Garderes 396 [redacted]

Se autoriza

[Signature]
Lic. Enf. Ana M. Eguía
Directora (S) División Enfermería
CI. 20544

Anexo 2: Instrumento Recolección de Datos – Control Prenatal Embarazo Adolescente

Somos un grupo de 5 estudiantes pertenecientes a la Universidad de la República, Facultad de Enfermería, cursando el último ciclo de la Licenciatura en Enfermería, realizando el trabajo de investigación final de dicha carrera, bajo la tutoría del Prof. Lic. En Enf. Sandro Hernández. El trabajo de investigación tiene como objetivo Conocer los factores bio-sicosociales de embarazadas y puérperas adolescentes de 10 a 19 años que se encuentran en el Hospital de clínicas “Dr. Manuel Quintela”, piso 16 clínica ginecológica B y policlínica de ginecología, que no cumplieron con el adecuado control prenatal, según normas establecidas del MSP. La información a recabar es anónima y los datos serán tratados de forma confidencial.

Fecha:	Nº encuesta:	Nombre del encuestador:	
¿Usted qué edad tiene?			
¿Usted actualmente vive en Montevideo o en el interior?			
¿Cuál es su estado civil?			
¿Cuál fue el último año de educación aprobado y cursado?			
¿Usted sufre o ha sufrido alguna patología? ¿Cuál?		Si	No
¿Presenta usted alguna discapacidad física? ¿Cuál?		Si	No
¿Consume alcohol?		Si	No
¿Usted fuma?		Si	No
¿Usted consume o consumió alguna droga ilícita (pasta base, marihuana, cocaína, otros)?		Si	No
¿Con quién vive usted?			
¿Usted Trabaja? ¿Su trabajo le impidió concurrir a los controles prenatales?		Si Si	No No
¿Cuál fue el motivo por el cual usted no concurre a los mismos?			
¿Tiene carne de carne de asistencia?		Si	No
¿Recibió información previa sobre educación sexual y reproductiva? ¿Donde recibió esa información?		Si	No
¿Cuántos embarazos ha tenido?			
¿Usted tiene hijos vivos? ¿Cuántos?			
¿Cuantas semanas de embarazo tenía cuando se realizó el primer control prenatal?			
¿Sabía usted que el primer control prenatal se debe realizar antes de las 12 semanas?		Si	No
¿En la actualidad cuantos controles prenatales se ha realizado?			
¿Sabía usted de la importancia de los mismos? ¿Dónde obtuvo la información?		Si	No
¿Usted había planificado su embarazo?		Si	No
¿El embarazo es/fue deseado?		Si	No
¿Cuantas semanas de gestación tenía cuando tuvo conocimiento de su embarazo?			
¿Concurre a los controles acompañada? ¿Con quién?		Si	No
¿Usted sufre de algún tipo de violencia domestica? ¿Cuál?: Verbal		Si	No
Física		Si	No
Psicológica		Si	No

Anexo 3: Marco Teórico

Riesgo Obstétrico

Se entiende como todos aquellos factores externos o intrínsecos a la mujer que puedan proporcionar a la mujer alguna complicación durante la evolución del embarazo, el desarrollo del parto, del puerperio o que puedan alterar de alguna forma su desarrollo normal. Para ello dentro del control prenatal se establecen las rutinas obstétricas, las cuales se entiende como un conjunto de exámenes paraclínicos destinados a detectar precozmente las afecciones que suelen complicar el embarazo.

Clasificación de Riesgo

Embarazo de alto riesgo es aquel en que la madre, el feto y/o el neonato tienen una mayor probabilidad de enfermar o morir o de padecer secuelas antes o después del parto.

Embarazo de bajo riesgo: No se encuentran factores de riesgo

Embarazo de alto riesgo tipo 1: Buenas condiciones de salud, pero presenta uno o más factores de riesgo.

Embarazo del alto riesgo tipo 2: Buenas condiciones de salud pero con antecedentes de patologías ginecoobstétricas.

Embarazo de alto riesgo tipo 3: Son las de mayor riesgo, la gestación ocurre con patologías ginecoobstétricas y/o fetal y/o patología general que afecta la salud materno-fetal con o sin antecedentes de morbilidad materna y/o mortalidad perinatal.

Factores de Riesgo Obstétricos

La presencia de uno o más de los siguientes factores permite clasificar al embarazo como de bajo riesgo o alto riesgo:

La adolescente embarazada tiene mayor probabilidad de padecer estados hipertensivos del embarazo, preeclampsia- eclampsia, y si los mismos son ya antecedentes la probabilidad de recurrencia es mayor, dejando como resultado la prematuridad y bajo peso al nacer. Con un intervalo intergenesico menor a dos años tiene mayor probabilidad de prematuridad y retardo en el crecimiento intrauterino.

La multigravidez tiene mayor probabilidad de inserción baja de placenta y atonía uterina posparto. El antecedente de dos abortos está relacionado con el 50% de probabilidad de recurrencia, tres o más abortos espontáneos consecutivos se asocian con el 70% de probabilidad de repetición. El antecedente de cesárea previa, se asocia con mayor riesgo de presentar: inserción baja de placenta, acretismo placentario y ruptura de cicatriz uterina durante el trabajo de parto. Los antecedentes de malformaciones genéticas, en la pareja, aumentan la probabilidad de malformaciones en el feto. La muerte fetal, en un embarazo anterior, se asocia con mayor probabilidad de repetir ya que generalmente traduce patología crónica de base. El antecedente de diabetes mellitus se relaciona con preeclampsia- eclampsia, aborto, defectos al nacimiento, retardo de crecimiento intrauterino o microsomnia fetal. Cardiopatía congénita o adquirida predispone a mayor frecuencia de insuficiencia cardíaca materna, de recién nacidos con retardo en el crecimiento intrauterino, preeclampsia-eclampsia y muerte fetal.

Antecedentes de Ingestión de Medicamentos, Drogas y Exposición a Agentes Tóxicos.

Las drogas y medicamentos pueden alterar la adaptación de cuatro maneras fundamentales: malformaciones, retardo en el crecimiento intrauterino, alterando mecanismos fisiológicos en el recién nacido, puede producir síndrome de deprivación en el neonato.

Enfermedades Médicas y Propias del Embarazo

El desarrollo y maduración fetal pueden ser alterados por diversas patologías de la madre y del embarazo. Es necesario saber cuales son las patologías prevalentes en el medio que se trabaja, el mecanismo por el cual alteran el desarrollo y crecimiento fetal, y cuales son las limitaciones que el recién nacido sufrirá en su adaptación neonatal. Las más frecuentes son: hipertensión gravídica, diabetes materna, incompatibilidad Rh y cardiopatías. En la mayoría de los casos estas patologías producen una insuficiencia placentaria con hipoxia crónica y menor desarrollo fetal.

Infecciones Intrauterinas

Según en el periodo del embarazo en que se produzca una infección en la madre será distinta la forma que este afecte el feto y será diferente la gravedad de efectos en cuanto a su riesgo vital, secuelas y malformaciones congénitas. Es el caso de algunas

enfermedades virales y parasitarias como la rubeola, el herpes simple, citomegalovirus, la sífilis y enfermedad del chagas. Las infecciones bacterianas siguen un curso que tienden rápidamente a la septicemia, especialmente es el antecedente de colonización vaginal de la madre con el estreptococo B.

Leyes Vigentes

Uno de los componentes de la información que se debe dar a la mujer embarazada, son los derechos consagrados en las leyes nacionales:

1. Ley 16104, Lactancia. 2 descansos de media hora durante un lapso fijado por el Instituto Nacional del Menor a través de sus servicios médicos.
2. Ley 17215, Gravidéz y cambio de tarea. Toda trabajadora pública o privada que se encuentre en estado de gravidéz o en período de lactancia tendrá derecho a obtener un cambio temporario de las actividades que desempeña, si las mismas, por su naturaleza o por las condiciones en que se llevan a cabo, pudieren afectar la salud de la progenitora o del hijo.
3. Ley 11577, Prohibición de despido- Decreto Ley 8950. Se prohíbe el despido de la trabajadora grávida o que ha dado a luz. Obligación de conservarle el puesto de trabajo, si retorna en condiciones normales. En caso de despido: indemnización especial de 6 meses de sueldo acumulable a la común.
4. Ley 15084, Licencia por maternidad. 6 semanas antes y 6 semanas después del parto. Licencia suplementaria por enfermedad: máximo 6 meses.
5. Ley 16045, Prohíbe suspensión y despido por motivo de embarazo o lactancia.
6. Ley 17386, Ley de acompañamiento al parto y nacimiento. Toda gestante tendrá derecho a ser acompañada durante el trabajo de parto y parto (vaginal o cesárea).

De los Derechos Sexuales y Reproductivos

Artículo 1º. (Deberes del Estado).- El Estado garantizará condiciones para el ejercicio pleno de los derechos sexuales y reproductivos de toda la población. A tal efecto, promoverá políticas nacionales de salud sexual y reproductiva, diseñará programas y organizará los servicios para desarrollarlos, de conformidad con los principios y normas que se establecen en los artículos siguientes.

Artículo 2º. (Objetivos generales).- Las políticas y programas de salud sexual y reproductiva tendrán los siguientes objetivos generales:

a)	Universalizar en el nivel primario de atención la cobertura de salud sexual y reproductiva, fortaleciendo la integralidad, calidad y oportunidad de las prestaciones con suficiente infraestructura, capacidad y compromiso de los recursos humanos y sistemas de información adecuados;
b)	garantizar la calidad, confidencialidad y privacidad de las prestaciones; la formación adecuada de los recursos humanos de la salud tanto en aspectos técnicos y de información como en habilidades para la comunicación y trato; la incorporación de la perspectiva de género en todas las acciones y las condiciones para la adopción de decisiones libres por parte de los usuarios y las usuarias;
c)	asegurar el respeto a los derechos sexuales y reproductivos de las personas institucionalizadas o en tratamiento asistencial, como parte de la integralidad bio-sico-social de la persona;
d)	capacitar a las y los docentes de los ciclos primario, secundario y terciario para la educación en el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos como parte de una ciudadanía plena y en el respeto de los valores de referencia de su entorno cultural y familiar;
e)	impulsar en la población la adopción de medidas de promoción de la salud y de prevención de la enfermedad y estimular la atención institucional de los temas prioritarios en salud sexual y reproductiva;

f)	promover la coordinación interinstitucional y la participación de redes sociales y de usuarios y usuarias de los servicios de salud para el intercambio de información, educación para la salud y apoyo solidario.
----	--

Artículo 3º. (Objetivos específicos).- Son objetivos específicos de las políticas y programas de salud sexual y reproductiva:

a)	difundir y proteger los derechos de niños, niñas, adolescentes y personas adultas en materia de información y servicios de salud sexual y reproductiva;
b)	prevenir la morbilidad materna y sus causas;
c)	promover el parto humanizado garantizando la intimidad y privacidad; respetando el tiempo biológico y psicológico y las pautas culturales de la protagonista y evitando prácticas invasivas o suministro de medicación que no estén justificados;
d)	promover el desarrollo de programas asistenciales con la estrategia de disminución del riesgo y daño que incluyen un protocolo en la atención integral a los casos de "embarazo no deseado-no aceptado" desde un abordaje sanitario comprometido con los derechos sexuales y reproductivos como derechos humanos;
e)	promover la maternidad y paternidad responsable y la accesibilidad a su planificación;
f)	garantizar el acceso universal a diversos métodos anticonceptivos seguros y confiables;
g)	incluir la ligadura tubaria y la vasectomía con consentimiento informado de la mujer y del hombre, respectivamente;
h)	fortalecer las prestaciones de salud mental desde la perspectiva del ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos, la prevención de la violencia física, psicológica, sexual y las conductas discriminatorias;

i)	prevenir y tratar las enfermedades crónico-degenerativas de origen genito-reproductivas;
j)	promover climaterios saludables desde la educación para la salud;
k)	prevenir y reducir el daño de las infecciones de transmisión sexual;
l)	prevenir y reducir el daño de los efectos del consumo de sustancias adictivas legales e ilegales.

Artículo 4º. (Institucionalidad y acciones).- Para el cumplimiento de los objetivos generales y específicos enumerados en los artículos 2º y 3º de la presente ley, corresponde al Ministerio de Salud Pública:

a)	1.	dictar normas específicas para la atención integral de la salud sexual y reproductiva de niños, niñas y adolescentes y capacitar los recursos humanos para los servicios correspondientes;
	2.	impulsar campañas de promoción del ejercicio saludable y responsable de los derechos sexuales y reproductivos;
	3.	implementar acciones de vigilancia y control de la gestión sanitaria en salud sexual y reproductiva en el nivel local y nacional;
	4.	desarrollar acciones de vigilancia epidemiológica de los eventos que afectan la salud sexual y reproductiva;
	5.	fortalecer el sistema de información sanitario como herramienta para conocer el desarrollo nacional de la salud sexual y reproductiva de la población;
	6.	promover la investigación en salud sexual y reproductiva como insumo para la toma de decisiones políticas y técnicas.

b)	1.	Promover la captación precoz de las embarazadas para el control de sus condiciones de salud;
	2.	implementar en todo el territorio nacional la normativa sanitaria vigente (Ordenanza 369/04, de 6/8/2004 del MSP) acerca de la atención integral en los casos de embarazo no deseado-no aceptado, denominada "Asesoramiento para la maternidad segura, medidas de protección materna frente al aborto provocado en condiciones de riesgo";
	3.	dictar normas que incluyan el enfoque de derechos sexuales y reproductivos para el seguimiento del embarazo, parto, puerperio y etapa neonatal;
	4.	promover la investigación y sistematización sobre las principales causas de mortalidad materna, incluidos los motivos de la decisión voluntaria de interrupción del embarazo y métodos utilizados para concretarla.
c)		Brindar información suficiente sobre el trabajo de parto, parto y post parto, de modo que la mujer pueda elegir las intervenciones médicas si existieren distintas alternativas.
d)	1.	Promover la participación comprometida de los hombres en la prevención de la salud de las mujeres, así como en la maternidad y paternidad responsables;
	2.	promover cambios en el sistema de salud que faciliten a los hombres vivir plenamente y con responsabilidad su sexualidad y reproducción.
e)	1.	Apoyar a las parejas y personas en el logro de sus metas en materia de sexualidad y reproducción, contribuyendo al ejercicio del derecho a decidir el número de hijos y el momento oportuno para tenerlos;
	2.	protocolizar la atención sanitaria en materia de anticoncepción e infertilidad.
f)	1.	Brindar atención integral de calidad y derivación oportuna a las personas de cualquier edad que sufran violencia física, psicológica o sexual, en los términos de la <u>Ley N° 17.514</u> , de 2 de julio de 2002 y del Plan Nacional de Lucha contra

		la Violencia Doméstica y Sexual;
	2.	detectar la incidencia en la morbi-mortalidad materna de la violencia física, psicológica y sexual, a los efectos de fijar metas para su disminución;
	3.	protocolizar la atención a víctimas de violencia física, psicológica y sexual;
	4.	incorporar a la historia clínica indicadores para detectar situaciones de violencia física, psicológica o sexual.
g)		Impulsar campañas educativas de prevención de las enfermedades crónico degenerativas de origen génito-reproductivo desde la perspectiva de la salud sexual y reproductiva.
h)		Dictar normas para la atención integral de la salud de hombres y mujeres en la etapa del climaterio, incorporando la perspectiva de género y los derechos sexuales y reproductivos, con el objetivo de mejorar la calidad de vida y disminuir la morbi-mortalidad vinculada a patologías derivadas de esta etapa del ciclo vital.
i)	1.	Promover en todos los servicios de salud sexual y reproductiva la educación, información y orientación sobre los comportamientos sexuales responsables y los métodos eficaces de prevención de las infecciones de transmisión sexual en todas las etapas etarias;
	2.	proporcionar a las mujeres desde antes de la edad reproductiva la información y los tratamientos necesarios para evitar la transmisión de las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) en situaciones de embarazo y parto;
	3.	impulsar campañas educativas que combatan la discriminación hacia las personas que conviven con enfermedades de transmisión sexual, y proteger sus derechos individuales, incluyendo el derecho a la confidencialidad;

	4. investigar y difundir los resultados sobre la incidencia y mecanismos de transmisión del VIH-SIDA y otras Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) en diferentes grupos poblacionales, incluidos los recién nacidos, con miras a focalizar las acciones de autocuidado específicas.
--	---

Artículo 5°. (Coordinación).- En el cumplimiento de los objetivos establecidos en los artículos 2° y 3° de la presente ley, así como en la ejecución de las acciones a su cargo, el Ministerio de Salud Pública coordinará con las dependencias del Estado que considere pertinentes.

Artículo 6°. (Universalidad de los servicios).- Los servicios de salud sexual y reproductiva en general y los de anticoncepción en particular, formarán parte de los programas integrales de salud que se brinden a la población. Dichos servicios contemplarán:

a)	la inclusión de mujeres y varones de los diferentes tramos etarios en su población objetivo;
b)	el involucramiento de los sub-sectores de salud pública y privada;
c)	la jerarquización del primer nivel de atención;
d)	la integración de equipos multidisciplinarios;
e)	la articulación de redes interinstitucionales e intersectoriales, particularmente con el sector educativo;
f)	la creación de servicios de atención a la salud sexual y reproductiva para el abordaje integral de los derechos sexuales y reproductivos como derechos humanos.

CAPÍTULO II

Disposiciones finales

Artículo 7º.- Incorpórase al Código de la Niñez y la Adolescencia el siguiente artículo:

<p>"ARTÍCULO 11 bis. (Información y acceso a los servicios de salud).- Todo niño, niña o adolescente tiene derecho a la información y acceso a los servicios de salud, inclusive los referidos a la salud sexual y reproductiva, debiendo los profesionales actuantes respetar la confidencialidad de la consulta y ofrecerle las mejores formas de atención y tratamiento cuando corresponda.</p>
<p>De acuerdo a la edad del niño, niña o adolescente se propenderá a que las decisiones sobre métodos de prevención de la salud sexual u otros tratamientos médicos que pudieran corresponder, se adopten en concurrencia con sus padres u otros referentes adultos de su confianza, debiendo respetarse en todo caso la autonomía progresiva de los adolescentes.</p>
<p>En caso de existir riesgo grave para la salud del niño, niña o adolescente y no pudiera llegarse a un acuerdo con éste o con sus padres o responsables del mismo en cuanto al tratamiento a seguir, el profesional podrá solicitar el aval del Juez competente en materia de derechos vulnerados o amenazados de niños, niñas y adolescentes, quien a tales efectos deberá recabar la opinión del niño, niña o adolescente, siempre que sea posible".</p>

Artículo 8º. (Derogaciones).- Deróganse todas las disposiciones que se opongan a lo dispuesto en la presente ley.

Sala de Sesiones de la Asamblea General, en Montevideo, a 20 de noviembre de 2008.

JOSÉ MUJICA,

Presidente.

Hugo Rodríguez Filippini,

Marti Dalgarrondo Añón,

Secretarios.

ANEXO N°4 Resultados obtenidos que Complementan el Estudio

Grafico N°1: Distribución de la población según Procedencia

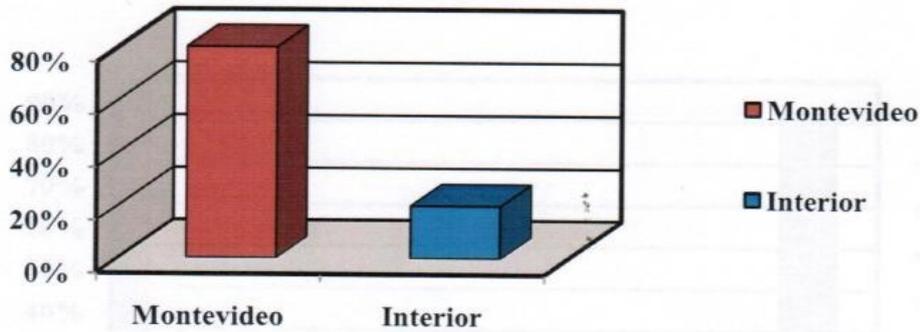


Grafico N° 2: distribución de la población según estado civil

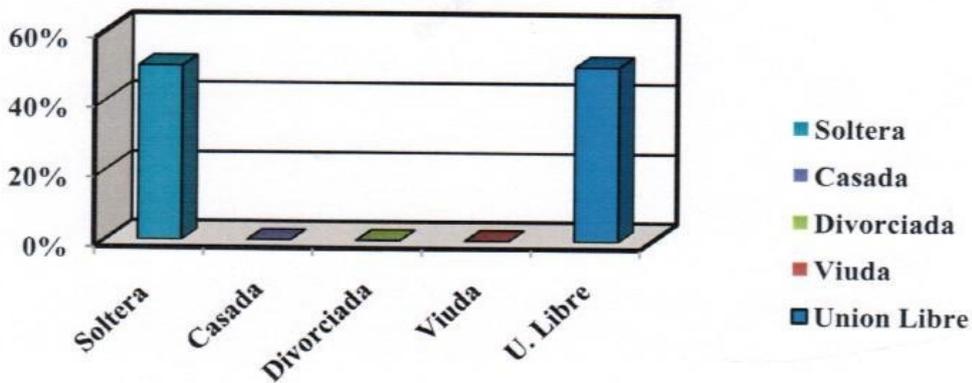


Grafico N° 3: Distribución de la población según núcleo familiar

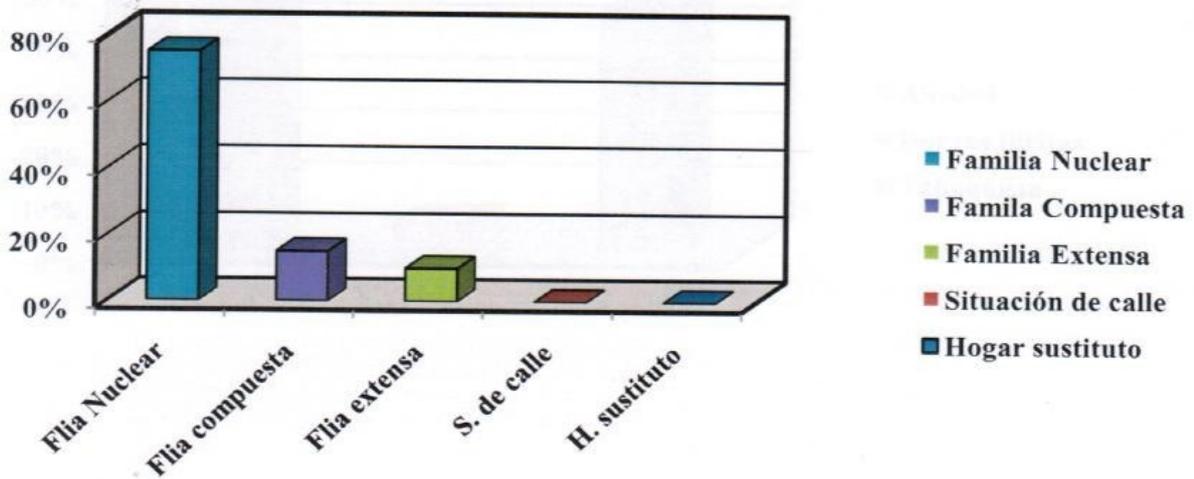


Grafico N° 4: distribución de la población según antecedentes personales

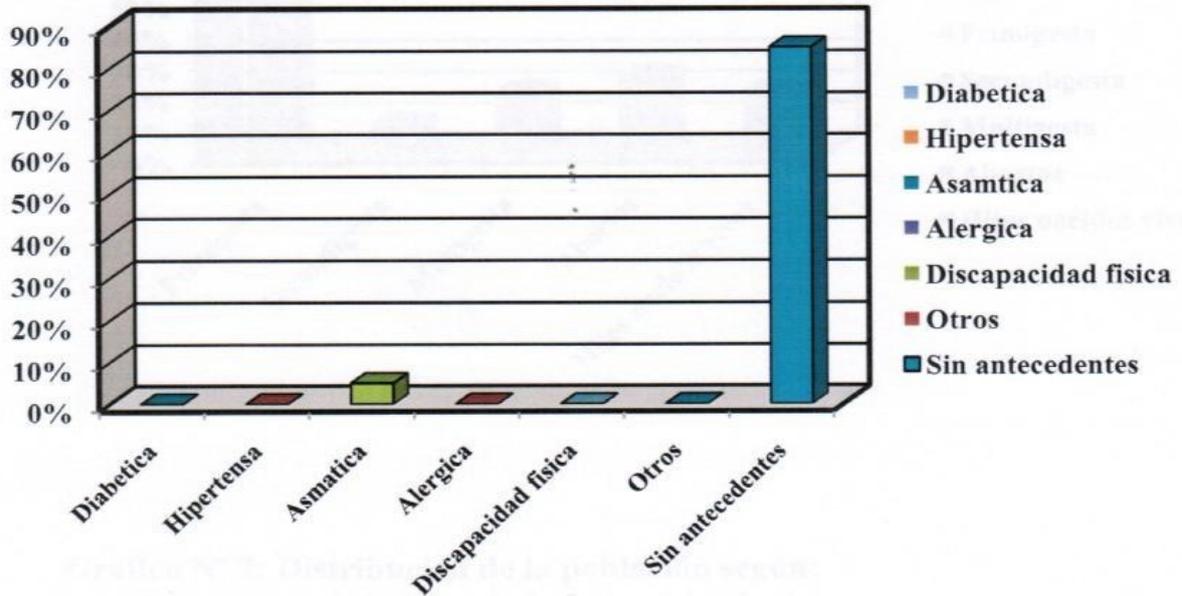
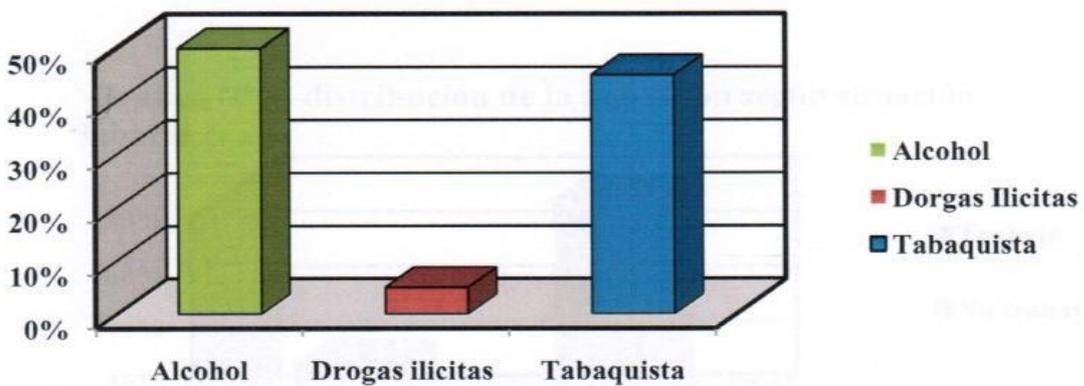


Gráfico N° 5: distribución de la población según hábitos nocivos



Gráfica N° 6. distribución de la población según: antecedentes obstetricos

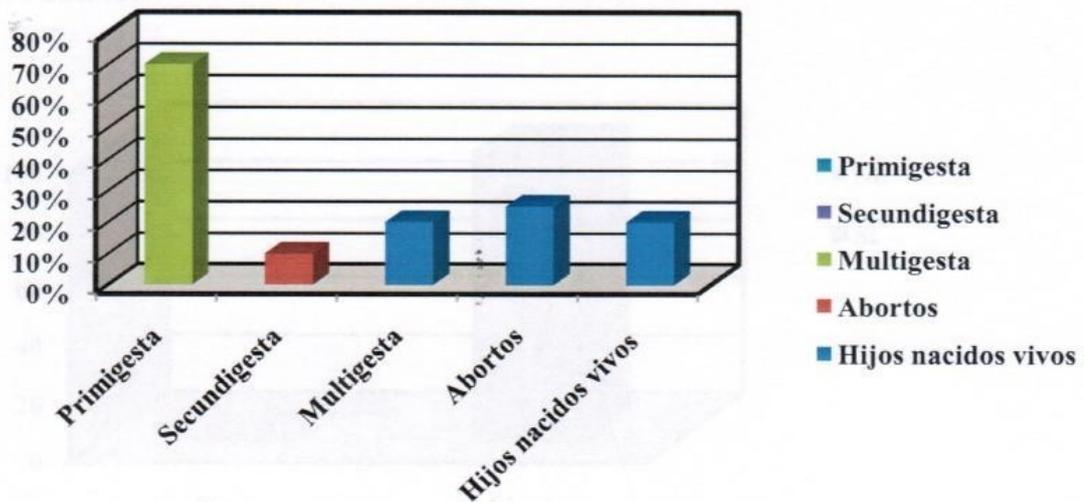


Gráfico N° 7: Distribución de la población según: no poseer carne de asistencia le fue un obstáculo para su asistencia durante el embarazo

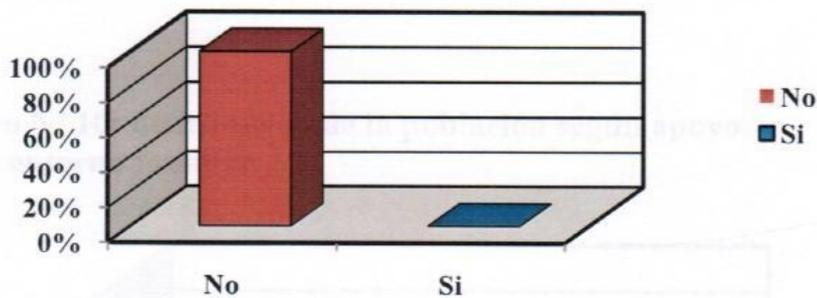


Gráfico N° 8: distribución de la población según situación laboral

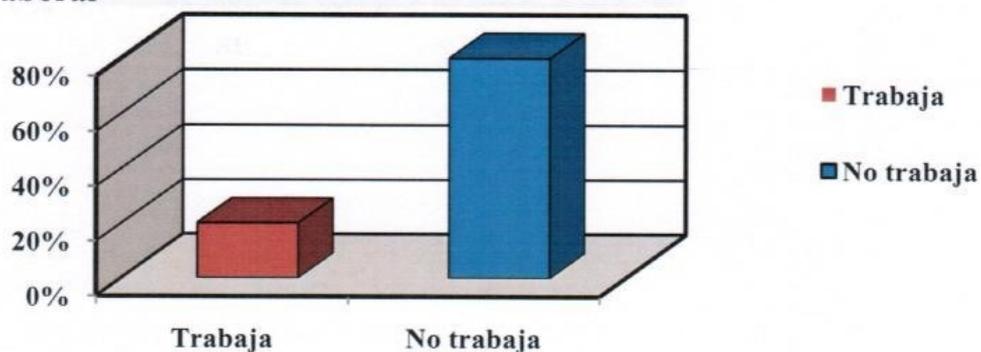


Grafico N° 9 : distribución de la población según flexibilidad laboral para la concurrencia de controles prenatales

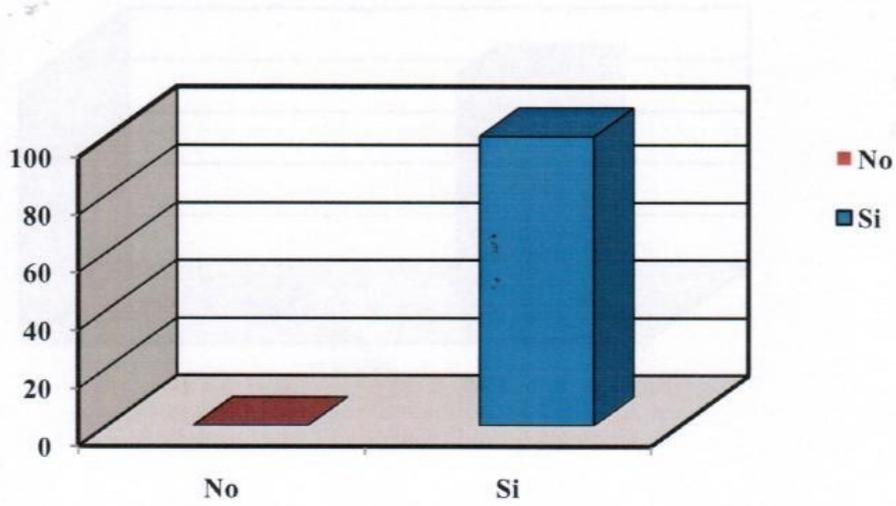


Grafico N° 10: distribución de la población según apoyo por su entorno familiar

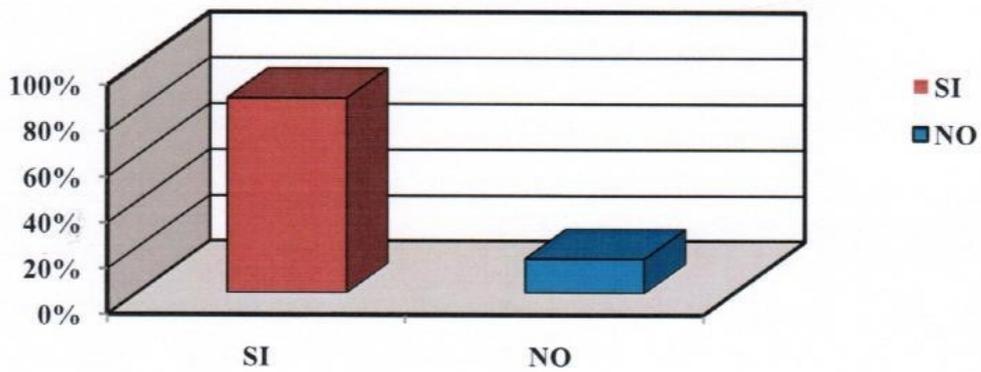


Grafico N° 11: distribución de la población según víctima de violencia domestica

