

¿POR QUÉ SE EMBARAZAN LAS ADOLESCENTES...?

DRA. NORMA S. GRANADOS MALDONADO

- EGRESADA DE LA UV. AUTÓNOMA DE GUDALAJARA
- MÉDICO ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
- AVALADA POR UV. JUÁREZ AUTÓNOMA DE TABASCO
- ADSCRITO AL HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DE LA MUJER
- SOCIO FUNDADOR Y ACTIVO DEL COLEGIO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DE TABASCO
- MIEMBRO ACTIVO DE LA FEDERACIÓN MEXICANA DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA
- PERITO MÉDICO DE LA MATERIA, AVALADO POR EL COLEGIO DE CIRUGIA GENERAL
- DOCENTE DE LA UV. AUTÓNOMA DE GUDALAJARA



- *“Que en Tabasco no haya más un embarazo producto del desconocimiento o peor. Ante los retos y dificultades que puedan enfrentar durante su desarrollo debemos estar con ellos para apoyarlos y brindarles herramientas para su desarrollo o peor aún, por el abuso”* asentó el gobernador del estado.
- *“La prevención del embarazo en la adolescencia representa una prioridad para todos, no sólo para el sector salud, pero estos servicios integrales no van a servir si no se acercan las y los jóvenes”*. expresó en su oportunidad el Director Nacional del Centro de Equidad de Género y Salud Reproductiva.
- El secretario de Salud de Tabasco, indicó que los jóvenes son un segmento de la población que no ha sido suficientemente atendido; *“hoy vamos a hacerlo con todo compromiso”* acotó *“El inicio de la vida sexual en Tabasco es en promedio a los 14 años, que aunado con la baja prevalencia de métodos anticonceptivos en adolescentes y la deficiente información en salud reproductiva, genera embarazos no deseados”*.
- **ENAPEA “ESTRATEGIA NACIONAL PARA LA PREVENCIÓN DE EMBARAZO EN EL ADOLESCENTE” (ENERO 2014)**

*“Adulescentes ab alescendo
sic nominatos”*

A los Adolescentes se les ha llamado así “de
crecer”.

- Hay quien al hablar de adolescencia lo hace con un matiz negativo que implica conflictos, crisis conductuales y temor. La mayoría de los adolescentes son seres positivos, idealistas, llenos de energía y creatividad.
- Un mejor conocimiento de la sexualidad durante la adolescencia conducirá a que se consideren prioritarios programas escolares de educación para la salud sexual y reproductiva.



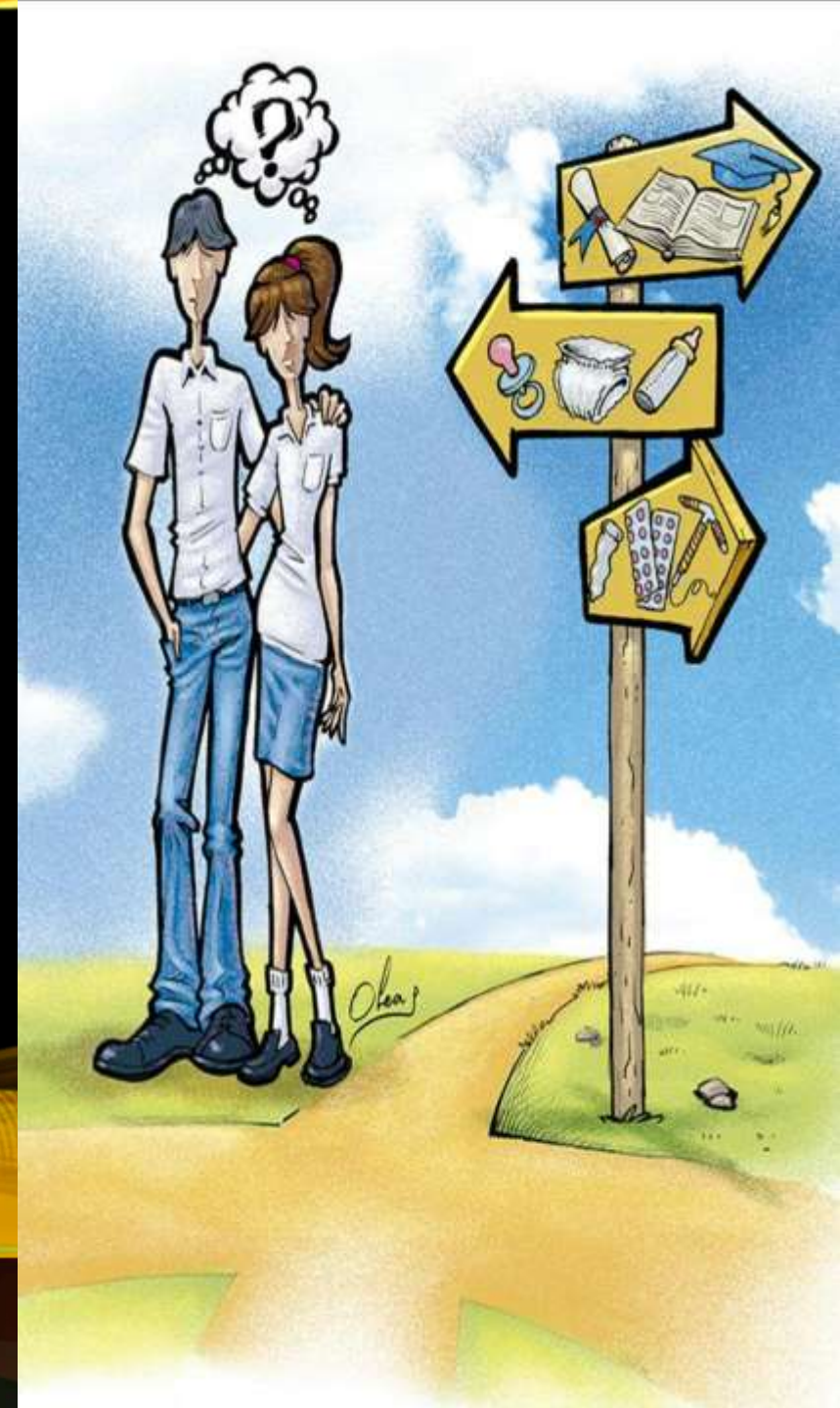
ADOLESCENCIA. (LATÍN)

Ad: a/hacia

Olescere de olere: crecer.

Marco Terencio Varrón, escritor romano 116-27 ac. Del participio latino adolescens, “que crece”.

Significa la condición y el proceso de crecimiento que implica un proceso de crisis vital; que en griego es el acto de distinguir, elegir, decidir o resolver, a partir del cual se logrará la identidad personal.



INTRODUCCION

PROYECTO DE VIDA

El desarrollo humano implica el despliegue de libertades de hombres y mujeres para elegir opciones y formas de vida dignas que unos y otras valoran.

Esa libertad para elegir significa la expansión de las capacidades cardinales en la vida de las personas:

- 1. Gozar de una vida saludable y longeva,**
- 2. Contar con Educación, conocimientos e información,**
- 3. Y poder tener acceso a recursos materiales que permitan, en conjunto, arribar al tipo de vida que se aspira como persona y como sociedad.**

- Las capacidades señaladas forman parte de los derechos humanos básicos considerados en el paradigma del desarrollo humano consensuados en el concierto internacional.
- El no ejercicio de derechos que están detrás de dichas capacidades inhibe y obstaculiza el ejercicio de otros derechos.
- En el caso de las mujeres, este listado básico de capacidades enmarcadas en los derechos humanos comprende también el derecho a una vida sin violencia, sin discriminación por razones de género. (CEDAW-2012)

ESTO QUEDA DE MANIFIESTO EN LAS CONVENCIONES INTERNACIONALES

Con la adhesión a ambas Convenciones los Estados

- a) **Parte 1 Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (CEDAW/C1992/I1/Add.15), Nueva York. /Cedaw-2012**

- a) **Convención Interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres (Convención de Belem Do Pará).**

TASA DE NATALIDAD

- OCDE (ORGANIZACIÓN PARA LA COOPERACION Y DESARROLLO ECONOMICO): México ocupa el *primer lugar* en casos de embarazos adolescentes (10 de enero de 2014).
- Nuevas cifras de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) revelan que nuestro país es el de mayor número de embarazos entre jóvenes de 15 y 19 años.
- En las Estadísticas Sanitarias Mundiales 2014 se indica que la tasa media de natalidad mundial entre las adolescentes de 15 a 19 años es de *49 por 1000 muchachas*.
- Las tasas nacionales oscilan de *1 a 299 nacimientos por 1000 muchachas*, (OMS)

TASA DE NATALIDAD

Las más recientes cifras de este fenómeno divulgadas en el Informe “Maternidad en la niñez” del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) indican que nuestro país ocupa el primer lugar de embarazos adolescentes en la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), con una tasa de natalidad *de 64.2 por cada 1000 nacimientos.*

¿POR QUÉ SE EMBARAZAN LAS ADOLESCENTES ?

Según indica el informe de la ONU, ciertas condiciones hacen a las jóvenes más vulnerables a embarazarse: las niñas que viven en hogares de menores ingresos, con niveles educativos muy bajos y que habitan en zonas rurales.

En México estas condiciones se producen muy frecuentemente, ya que **3 de cada 4 niños mexicanos tienen alguna carencia social** y 21.4 de los 39.2 millones de niños que viven en el país se consideran pobres. Asimismo, según declaró la representante de UNICEF en México, Isabel Crowley, actualmente en el **país 6 millones de menores de entre 3 y 17 años de edad no tienen acceso a educación**.

De acuerdo con Crowley, los principales motivos de esta falta de acceso son la lejanía de los colegios y liceos, la violencia, la carencia de vestimenta, alimentación y recursos económicos en general, así como una falta de “pertinencia cultural en los contenidos educativos”.

¿POR QUÉ SE EMBARAZAN LAS ADOLESCENTES ?

- El **55.2%** de los adolescentes mexicanos son **pobres**, uno de cada 5 adolescentes tiene ingresos familiares y personales tan bajos que no le alcanza siquiera para la alimentación mínima requerida.
- En 2008 **casi 3 millones de adolescentes** entre 12 y 17 años **no asistían a la escuela**. Del total de niños y jóvenes que no asistían a la escuela, correspondían a este grupo de edad **48.6% de hombres y 44.1% de mujeres**. (UNICEF).
- Dejar la escuela antes del tiempo establecido significa el riesgo de continuar el aprendizaje predominantemente **en las calles**.

¿POR QUÉ SE MUEREN NUESTROS JÓVENES ADOLESCENTES ?

- La falta de orientación y de oportunidades también se refleja en el alto número de adolescentes que mueren cada año en México por *accidentes de tránsito, homicidios y suicidios*.
- Según los datos oficiales, éstas son las tres principales causas de muerte entre los jóvenes de 12 a 17 años de edad en México.
- En el 2007, *morían diariamente tres adolescentes por accidentes de tránsito; cada semana eran asesinados ocho jóvenes y ocho cometían suicidio*. (Unicef).

¿ POR QUÉ SE MUEREN NUESTRAS JÓVENES ADOLESCENTES ?

Las adolescentes menores de *16 años tienen 4 veces* más probabilidades de morir a causa del embarazo que las mujeres de entre 20 y 30 años.

Asimismo, el riesgo no sólo se expresa en la tasa de mortalidad de la joven, sino además en *la tasa de mortalidad del neonato, cuyo riesgo de muerte es un 50% más que en mujeres de entre 20 y 30 años*, explica el consultor en salud de adolescentes de la OMS, James E. Rosen.

¿QUÉ ESTAMOS HACIENDO ?

R. NADA ADECUADO AL PROBLEMA

- Si bien las políticas de salud se orientan hacia la prevención del embarazo en la adolescente, en opinión de los autores es insuficiente el interés de las políticas sanitarias y de los trabajadores de la salud, una vez que ésta se embaraza.
- La evidencia es suficiente para señalar que existe una diferencia en el entorno biológico y social de lo que ocurre en las mujeres de otras edades. Esto se muestra por la efectividad de algunas intervenciones reportadas en la bibliografía.



DE TASAS, ÍNDICES, ESTADÍSTICAS Y ALGO MAS..

- México, con una gran población joven, no ha logrado reducir la tasa de fecundidad en mujeres adolescentes, ***a menos de 70 nacimientos por 1,000.***
- En 2012, en Tabasco residían cerca de **634 mil jóvenes de 15 a 29 años**, monto que representa 27.4% de la población total.
- En el primer trimestre **de 2013** la tasa de desocupación en los jóvenes de la entidad era **del 12.9 %**.
- **Dos de cada cinco jóvenes** ocupados con estudios profesionales terminados labora en ocupaciones en donde no aplica las habilidades de la formación recibida.

JUSTIFICACION

El Estado de Tabasco se encuentra dentro de las diez entidades del país, con mayor índice de embarazos no deseados en niñas de entre 10 a 14 años, la situación es lamentable porque es el único Estado que se ubica POR ARRIBA DE la media nacional con el 15.5 por ciento.

Y POR LO TANTO NOS UBICA ENTRE LOS PRIMEROS LUGARES A NIVEL MUNDIAL



EMBARAZO

ADOLESCENTE EN MÉXICO



De cada **10** adolescentes de 12 a 19 años, **2** han iniciado vida sexual.

34 de cada **100**

mujeres adolescentes que tienen vida sexual no utilizaron ningún método anticonceptivo en su primera relación sexual y casi 37 mujeres tampoco lo utilizaron en su última relación sexual.



1 de cada **2** adolescentes de 12 a 19 años que inicia vida sexual se embaraza.

Del total de nacimientos en el país,

17%

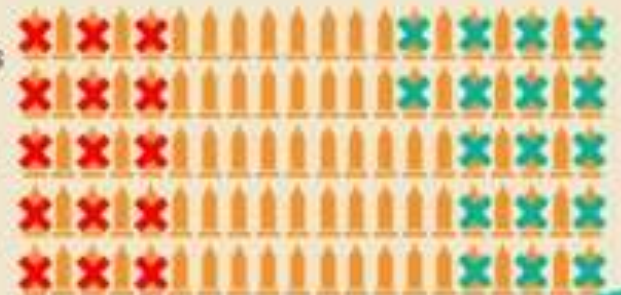
corresponde a adolescentes de **10 a 19 años**



18

de cada **100 mujeres** en edad reproductiva tienen de 15 a 19 años.

15 de cada **100** hombres adolescentes que tienen vida sexual no utilizaron **ningún método anticonceptivo** en su primera relación sexual y casi **17** hombres tampoco lo utilizaron en su última relación sexual.



De cada

10 adolescentes embarazadas de 15-19 años,



2 han estado embarazadas en más de una ocasión.

4 de cada **10** embarazos adolescentes no son planeados o deseados.



1 de cada **10** muertes maternas en el país ocurre en mujeres de **10 a 18** años



Un embarazo o haber tenido un hijo es la cuarta causa de deserción escolar en jóvenes de

15 a 19 años

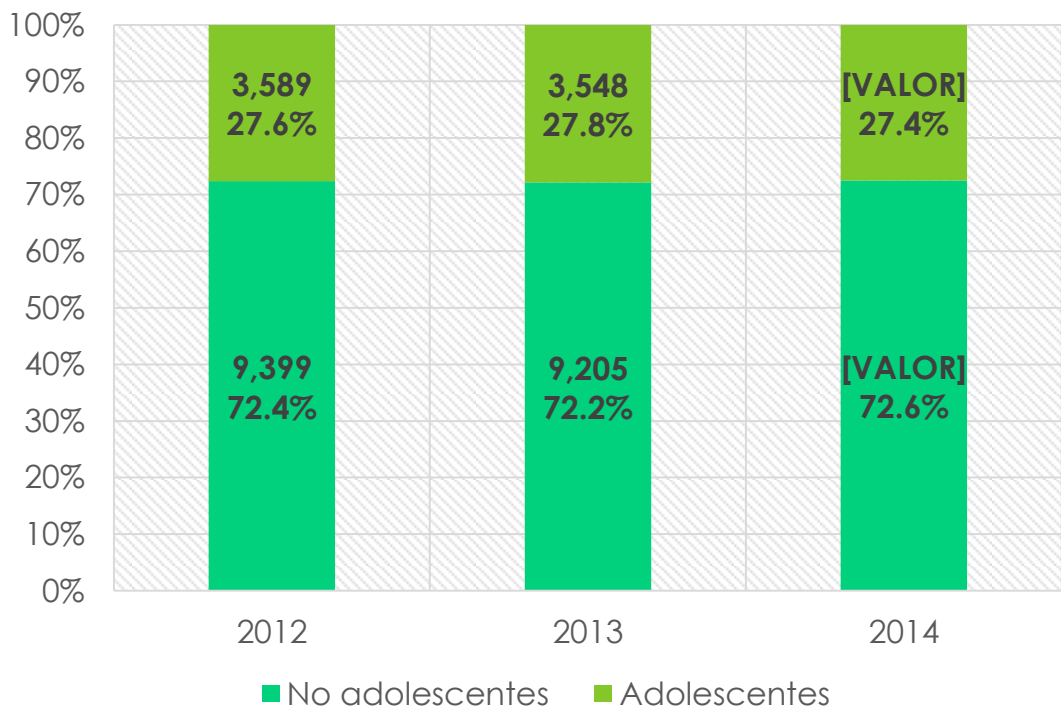
PANORAMA EN TABASCO

- Los municipios de *Centro, Huimanguillo, Cunduacán*, Teapa, Balancán, Cárdenas, Centla y Comalcalco, son los que más incidencia tienen por los estilos de vida y otras situaciones.
- En 2012, 16.1% de los nacimientos ocurridos en la entidad, corresponden a madres que tienen entre 15 y 19 años de edad.
- En el 2008 la vida sexual se iniciaba en promedio a los *17 años*, hoy se inicia a los *13 años* de edad.
- De *900 mil jóvenes* radicados en tabasco de 0 a 17 años, 480 mil viven mas de la mitad en pobreza y los demás en pobreza *EXTREMA*.

HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DE LA MUJER

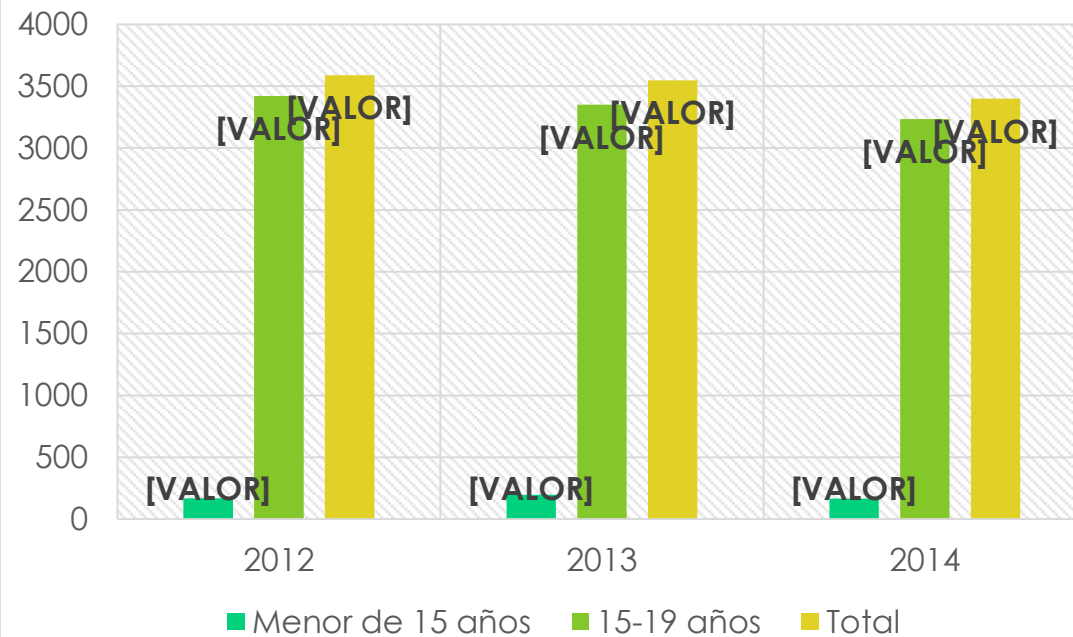
DEPARTAMENTO DE ESTADISTICA 2012-2014

NACIMIENTOS ATENDIDOS

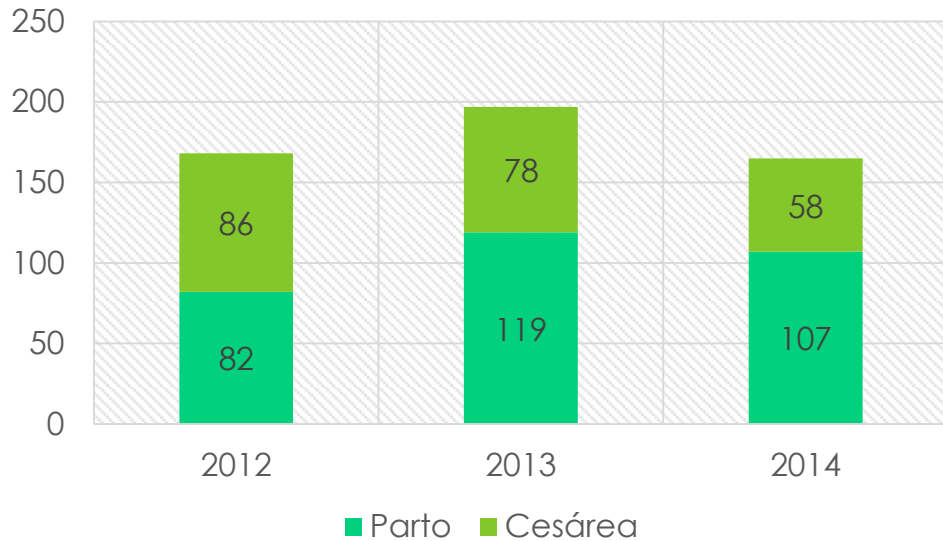


DE LOS CUALES

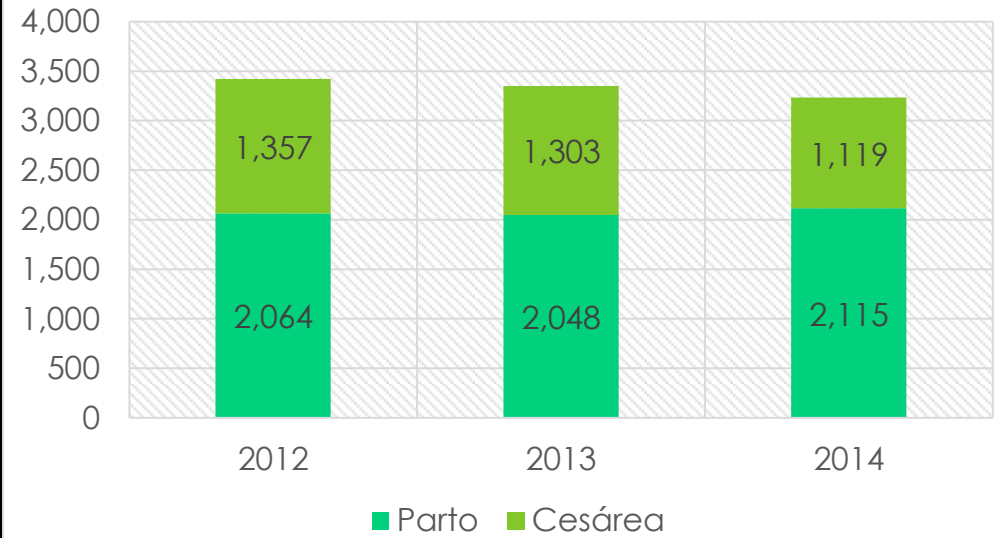
NACIMIENTOS EN ADOLESCENTES



TIPO DE NACIMIENTO MENOR DE 15 AÑOS



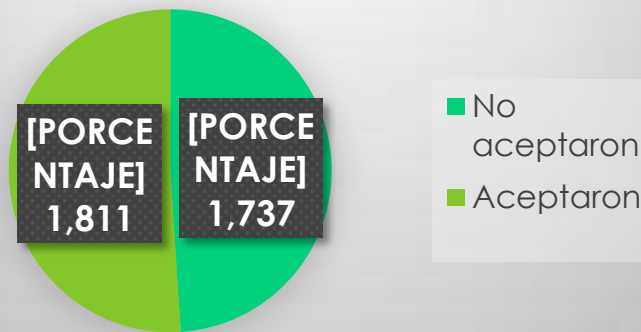
TIPO DE NACIMIENTO DE 15 A 19 AÑOS



Pos-Evento Obstetricio 2012



Pos-Evento Obstetricio 2013



Pos-Evento Obstetricio 2014



ACEPTANTES DE MÉTODO DE PLANIFICACIÓN POSTEVENO OBSTÉTRICO Vs NACIMIENTOS ATENDIDOS
DEPARTAMENTO: ESTADISTICA

PERIODO: ENERO - DICIEMBRE 2015

TOTAL DE NACIMIENTOS	ABORTOS
13,100	
1,483	
14,583	

	TOTAL	%
EUTOCICOS	8,159	62.28
DISTOCICOS	4	0.03
CESAREAS	4,937	37.69

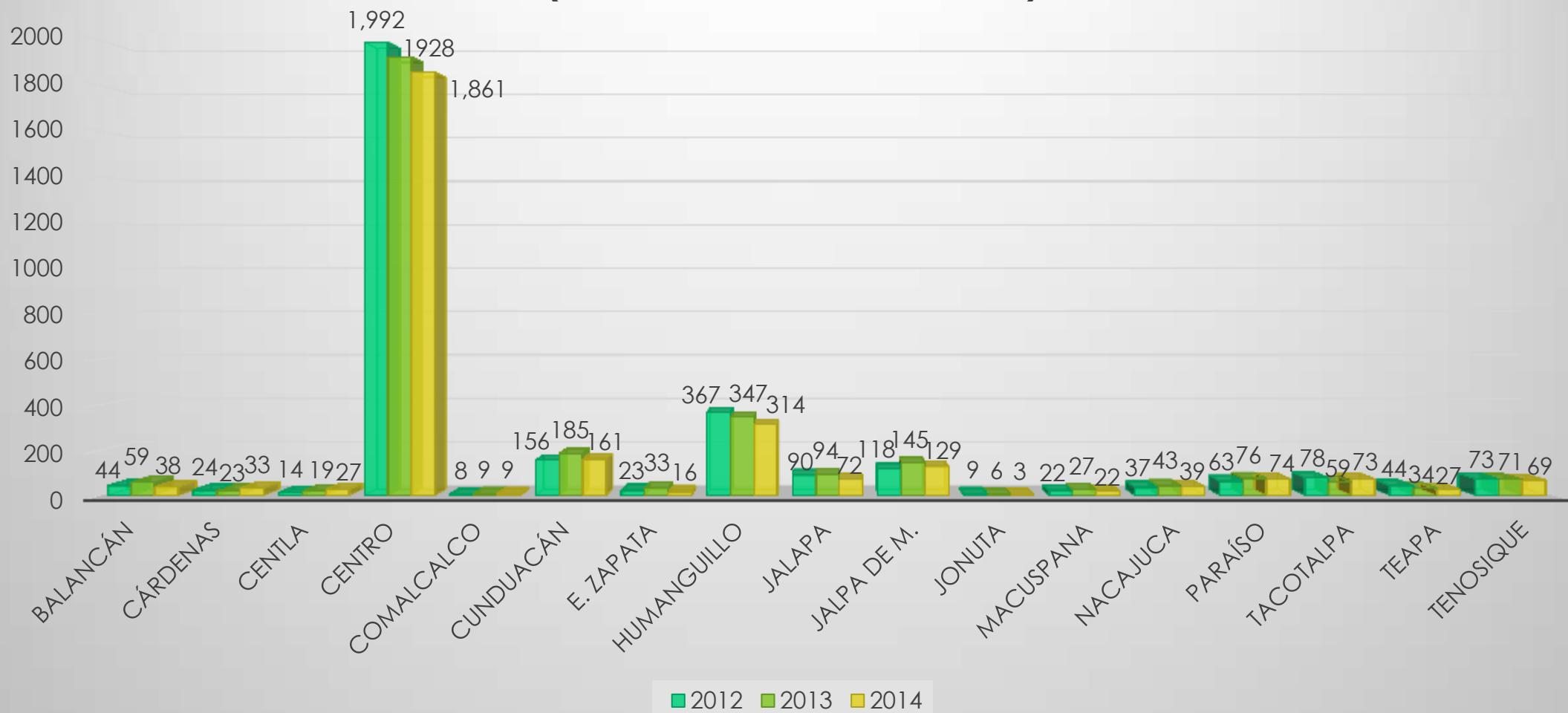
NACIMIENTOS EN ADOLESCENTES	
<15 AÑOS	DE 15 A 19
180	3,314
5%	95%

ACEPTANTES ADOLESCENTES	TOTAL	%
	1,443	41%
ACEPTANTES POSTABORTOS	40	3%

PLANIFICACION POST EVENTO OBSTÉTRICO			PLANIFICACION POST EVENTO OBSTÉTRICO		
DIU	TOTAL	%	OTB	TOTAL	%
POSTPARTO	371	30.89	POSTPARTO	358	17.41
TRANSCESAREA	808	67.28	TRANSCESAREA	1,680	81.71
POSTABORTO	22	1.83	POSTABORTO	18	0.88
TOTAL	1,201	100.00	TOTAL	2,056	100.00

SOLO HORMONAL	TOTAL DE ACEPTANTES EN RELACION A PARTOS ATENDI	%
2,848	6,105	42

REPORTE DE PROCEDENCIA DE PACIENTES ADOLESCENTES 2012-2014 (DENTRO DEL EDO. DE TABASCO)

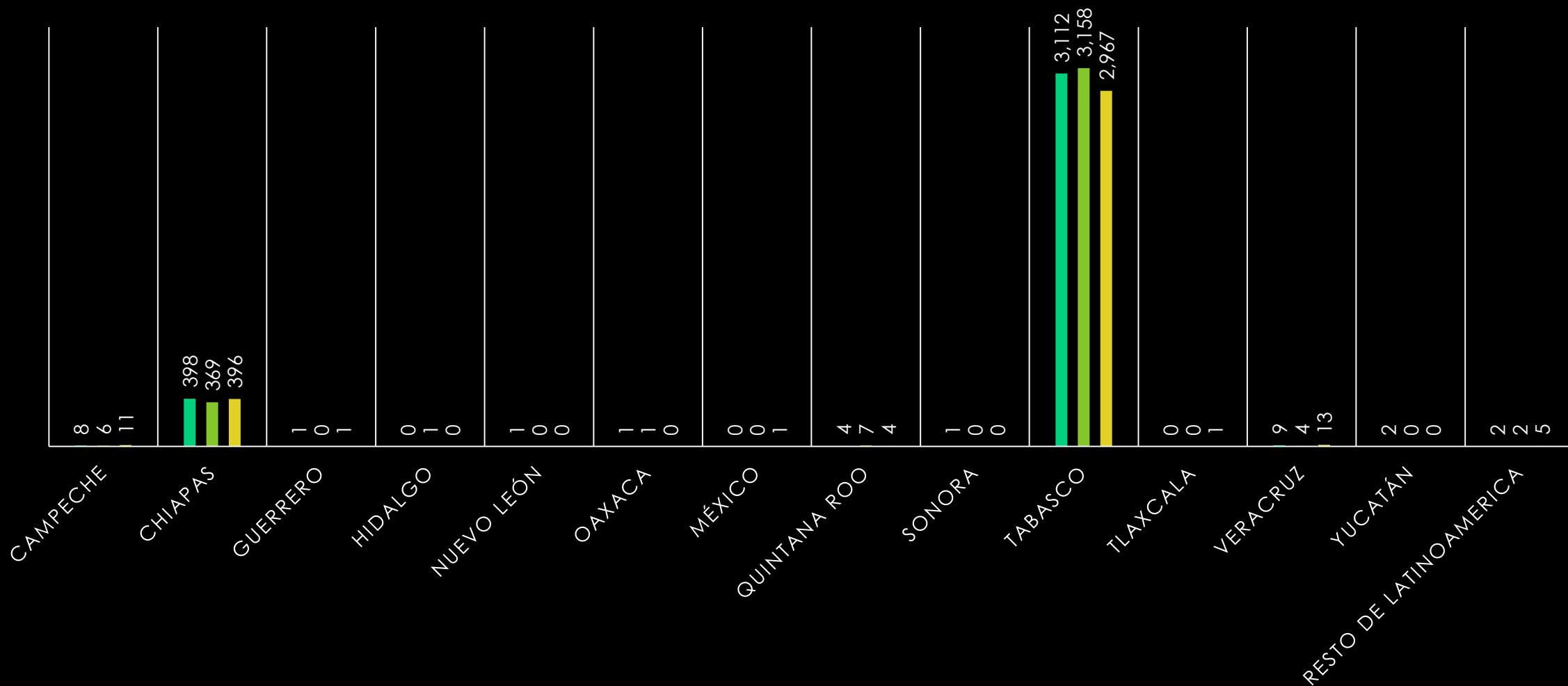


FUENTE: Sistema Automatizado de Egresos Hospitalarios (SAEH) 2012, 2013, 2014

REPORTE DE PROCEDENCIA DE PACIENTES ADOLESCENTE 2012-2014

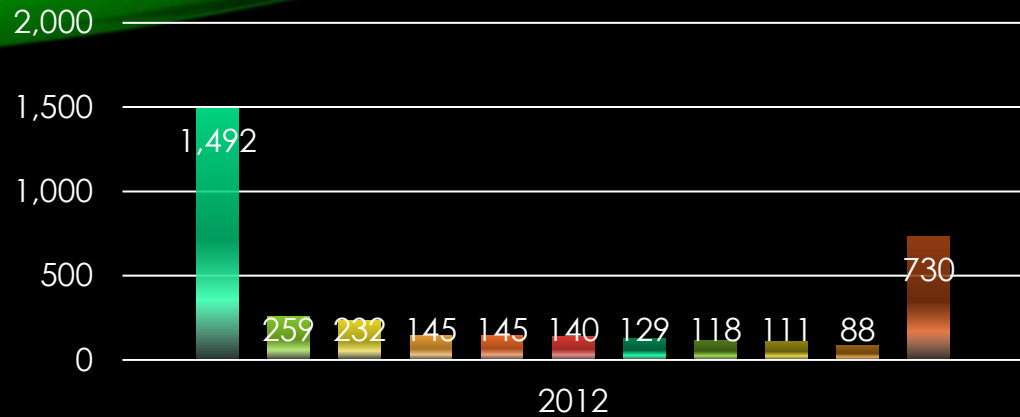
(EN GENERAL E INCLUYENDO AL EDO. DE TABASCO)

■ 2012 ■ 2013 ■ 2014



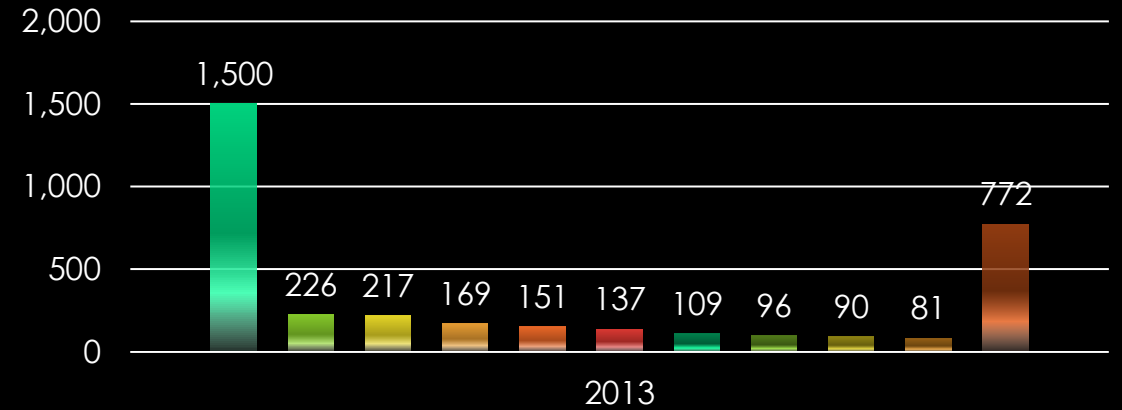
FUENTE: Sistema Automatizado de Egresos Hospitalarios (SAEH) 2012, 2013, 2014

MORBILIDAD EN 3548 PACIENTES



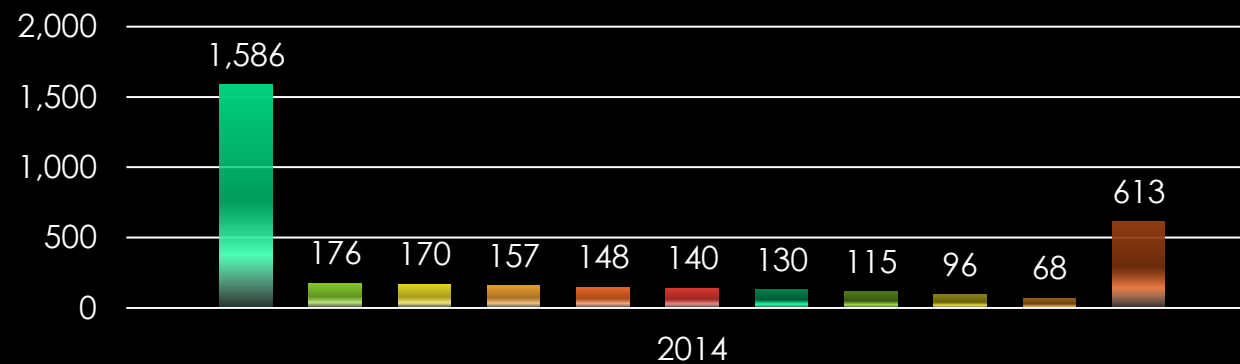
- Parto único espontáneo
- Ruptura prematura de membranas no esp.
- Hipertensión gestacional
- Preclampsia severa
- Trabajo de partoprematuro
- Oligohidramios
- Atención materna por signos de hipoxia fetals
- Trabajo de parto prolongado
- Atención materna por cesárea previa
- Atención materna por DCP

MORBILIDAD EN 3589 PACIENTES



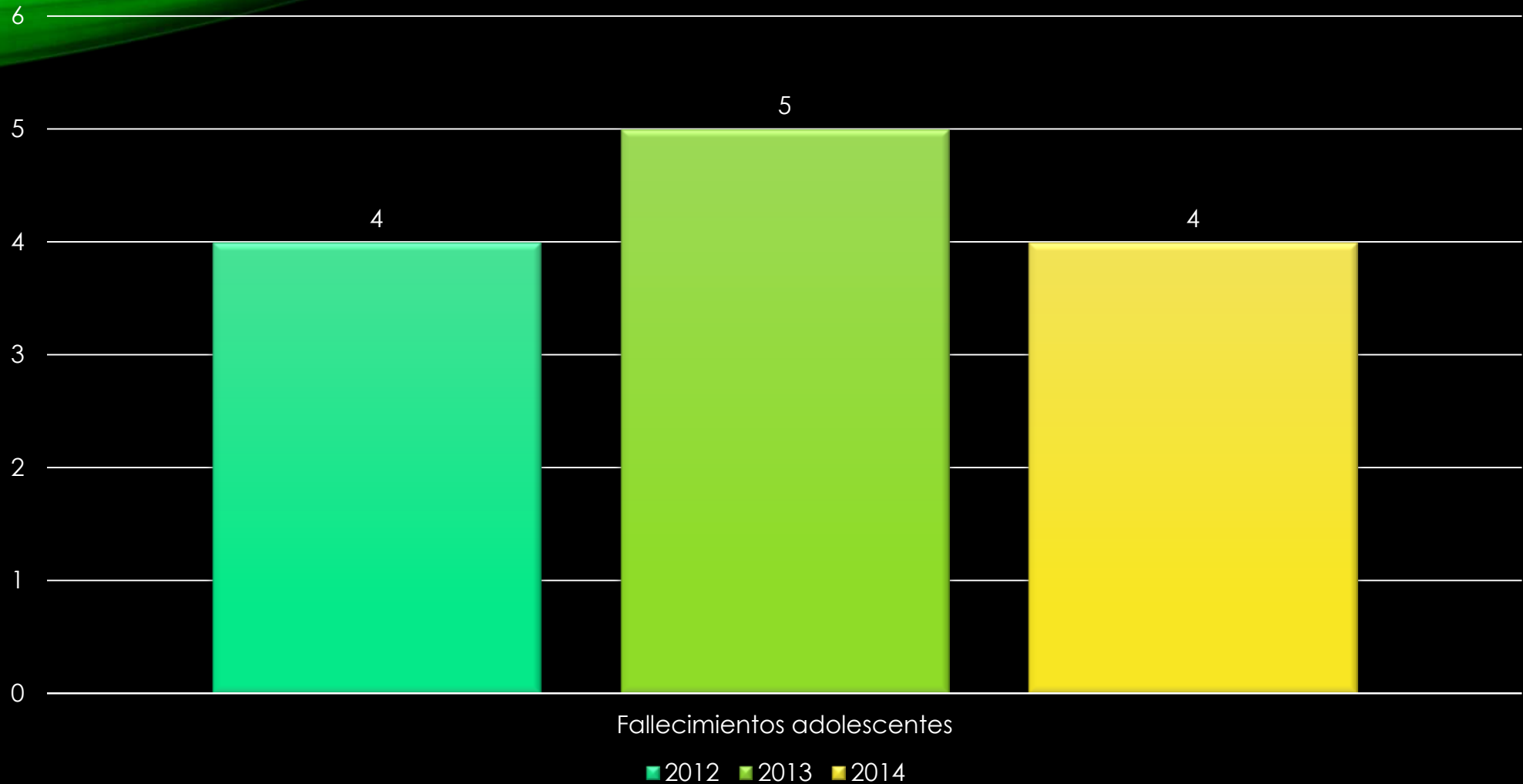
- Parto único espontáneo
- Ruptura de membranas no esp.
- Hipertensión gestacional
- Trabajo de parto prematuro
- Preclampsia severa
- Atención materna por DCP
- Trabajo de parto prolongado
- Atención materna por problemas fetales no esp.
- Atención materna por cesárea previa
- Oligohidramios

MORBILIDAD EN 3399 PACIENTES



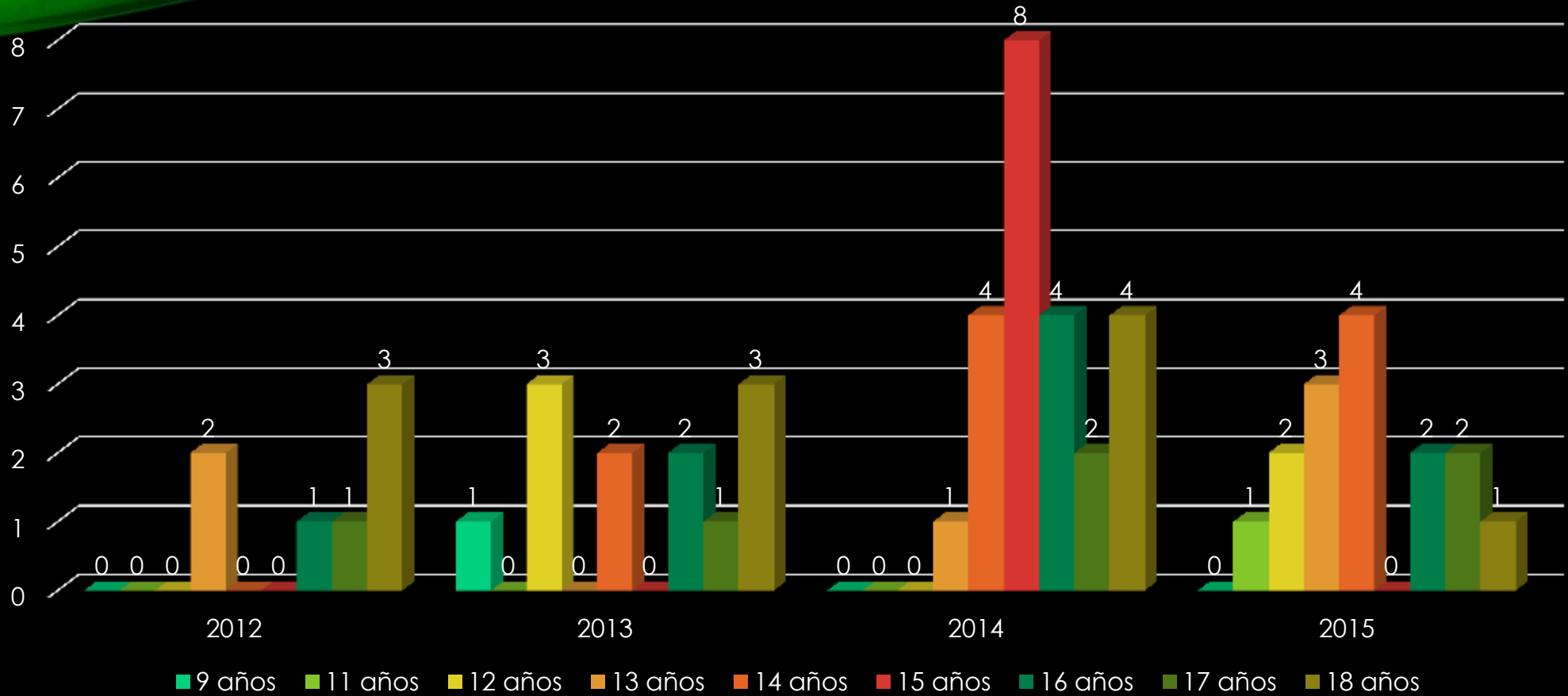
- Parto único espontáneo
- Hipertensión gestacional
- Ruptura prematura de membranas no esp.
- Atención materna por DCP
- Trabajo de parto prematuro
- Trabajo de parto prolongado
- Atención materna por problemas fetales no esp.
- Preclampsia severa Oligohidramios
- Atención materna por presentación de nalga

MORTALIDAD



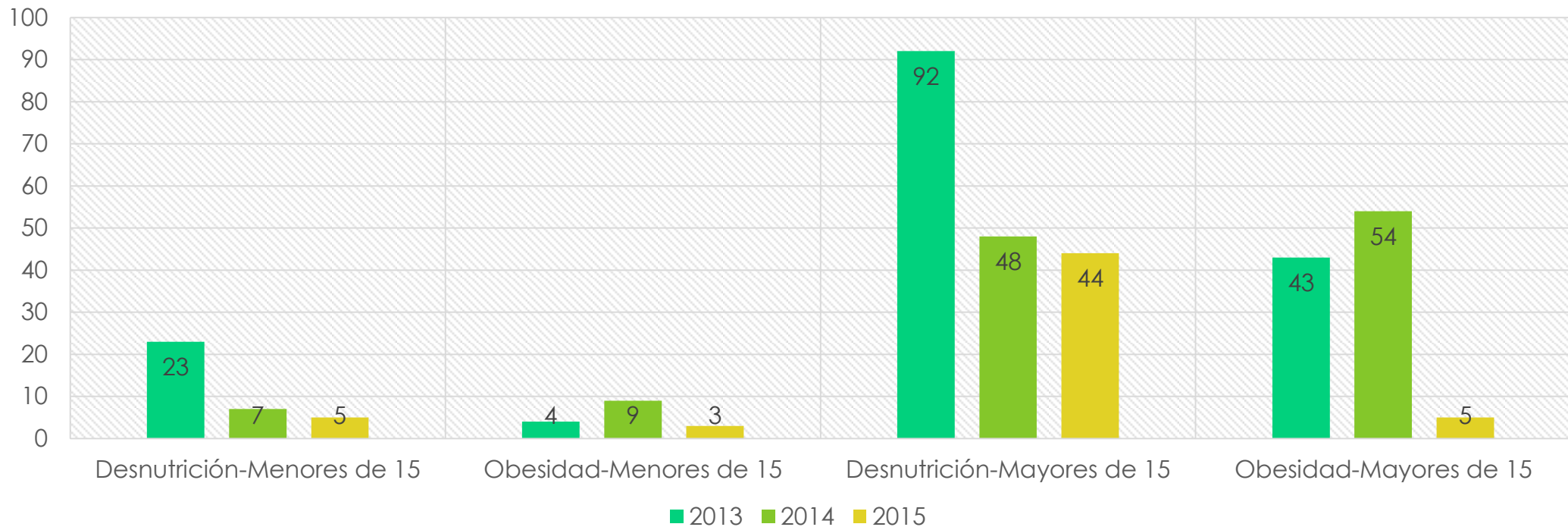
FUENTE: Sistema Automatizado de Egresos Hospitalarios (SAEH) 2012, 2013, 2014

ADOLESCENTES CON VIOLENCIA SEXUAL



FUENTE: Sistema Automatizado de Egresos Hospitalarios (SAEH) 2012 =7, 2013=13, 2014=23, 2015=15.

NUTRICIÓN



TOTAL	EMBARAZADAS <15	EMBARAZADAS >15
DESNUTRICIÓN	35	184
OBESIDAD	16	145

PANORAMA PARA LA ADOLESCENTE

- Una adolescente embarazada enfrenta serios retos para su propio desarrollo biológico y psicoactivo, con represión en los ámbitos familiar y social.
- *Se generan daños a la salud, con secuelas para ella y su descendencia, con trastornos nutricios maternos, infecciones genitourinarias, prematuridad, bajo peso al nacer y defectos congénitos. Esta realidad nos demanda diseñar acciones médicas específicas durante su control prenatal.*
- *Lo que la convierte en un EMBARAZO DE ALTO RIESGO.*

- Ya que las adolescentes embarazadas son una población heterogénea, conformada por subgrupos de riesgos diversos en tipo y magnitud, no basta con una sola etiqueta de “alto riesgo” para su evaluación y manejo integral.
- Cada binomio adolescente-hija(o) requiere una asignación individual de riesgo de tipo cualitativo y cuantitativo.
- Para tal efecto se pueden emplear modelos matemáticos derivados de la investigación clínica, o sea, aplicar las evidencias.
- Es preciso advertir que las inferencias hechas al aplicar el modelo poblacional sobre un caso particular demanden emplear el juicio y la intuición clínica que *sólo se obtienen tras un adiestramiento médico adecuado y experimentado.*
- *Capacitación a médicos, psicólogas trabajadoras sociales y nutriólogas.*

- Por ello, el modelo y las evidencias no reemplazan el juicio clínico, sino que lo amplían.
- El resultado es el de un abordaje semicuantitativo, basado en evidencias y bajo la luz del juicio clínico.
- Este es el tipo de evaluación integral que ***SE RECOMIENDA*** para la adolescente embarazada.

¿DE QUIÉNES NECESITAMOS ?..

APOYOS GUBERNAMENTALES:

- a) Secretaría de salud y su grupo multidisciplinario (recurso humano y material).
- b) Cámara de diputados y senadores
- c) CNDH
- d) Procuraduría de Justicia del estado
- e) Ministerio público
- f) Médico legista
- g) Asesor jurídico en lo familiar y penal (en los casos de violación sexual, estupro, abuso sexual)
- h) DIF/CANVI.
- i) Grupos de los diferentes sectores de la sociedad.

ESTRATEGIAS A DESARROLLAR...

¡MUCHAS!

LA CREACIÓN DE UNA “*CLÍNICA DEL ADOLESCENTE EMBARAZADA*” ES Y DEBERÍA DE SER UNA PRIORIDAD PARA TODAS NUESTRAS AUTORIDADES GUBERNAMENTALES

OBJETIVOS GENERALES DEL PROYECTO

OBTENER LA APROBACION /ATENCION DE LAS AUTORIDADES CORRESPONDIENTES Y GENERAR LOS RECURSOS ECONOMICOS PARA LA CREACION DE UN ESPACIO FISICO DONDE LOS JOVENES ADOLESCENTES PUEDAN ACUDIR A:

1. CONSEJERIA, APOYO EN METODOS ACTUALES DE PLANIFICACION FAMILIAR, EDUCACION SEXUAL.
2. PSICOLOGIA ORIENTADOS A PLANEAR PROYECTOS DE VIDA.
3. CREACCION DE TALLERES PARA MEJORAR SU AUTONOMIA ECONOMICA.
4. A LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS: CONTROL PRENATAL, ASESORIA LEGAL, TRAMITES CON LOS ORGANISMOS VINCULADOS ESPECIFICOS PARA CADA CASO Y SU SEGUIMIENTO Y ACOMPAÑAMIENTO NECESARIO, APOYO PSICOLOGICO, NUTRICIONAL E INTEGRACION A TALLERES QUE MEJOREN SU ATUNOMIA ECONOMICA.
5. CREAR LAS VINCULACIONES PARA BECAS DE ESTUDIO CON SEP, ORGANIMOS NO GUBERNAMENTALES, PARA QUE NO INTERRUMPAN SU PREPARACION ACADEMICA.

ACCIONES

AL GRUPO DE ADOLESCENTES SIN O CON VIDA SEXUAL ACTIVA:

ACCION 1. manejo de estrategias tanto de la ENAPEA, como de otros organismos internacionales, que poseen evidencias para el manejo preventivo en los adolescentes, UNFPA. Manejo de los programas establecidos en salud reproductiva, los derechos sexuales de los adolescentes.

ACCION 2. abrir una investigación a través de una escuela piloto en donde en coordinación con SEP, y dirección escolar, ENTRE a la escuela nuestro equipo de trabajo : una trabajadora social, psicólogo y brigada de jóvenes, para que se realicen encuestas, investigando su red de apoyo familiar(padres principalmente), entorno socio-educativo, y dependiendo de los resultados, se implemente el modelo de apoyo enseñanza – aprendizaje en materia de planificación familiar y educación sexual.

ACCIONES

AL GRUPO DE ADOLESCENTES EMBARAZADAS:

ACCIÓN 1. Mejorar la atención prenatal en adolescentes embarazadas, mediante instrumentos clínicos que permitan calificar y cuantificar sus riesgos específicos maternos, perinatales e infantiles, EJERCER LA VINCULACION CON LAS AUTORIDADES CIVILES Y/O PENALES que amerite cada caso en particular, otorgándole la asesoría legal gratuita en caso de no tener apoyo familiar o con cuotas de recuperación en caso contrario, vinculando a la CNDH, CANVI, DIF, FISCALIA DE DELITOS SEXUALES, etc.

ACCIÓN 2. Investigar las posibles causales y condicionantes en el medio tabasqueño: psico-social y culturales, así como al obtener resultados, crear y/o aplicar estrategias que puedan prevenir y abatir este creciente índice de EMBARAZOS y su morbimortalidad.

COMO..?

- ATRAVES DE UN PROGRAMA DISEÑADO PARA **DETECTAR FACTORES DE RIESGO, CO-MORBILIDAD, CONDICIONANTES EN EL ENTORNO BIO-PSICO-SOCIAL, MANEJADO EN COORDINACION CON EL EQUIPO DE LA RED**, PARA LA DETECCION OPORTUNA Y PUEDA SER REFERENCIADA AL HOSPITAL DE LA MUJER, CON EL PROTOCOLO DE ESTUDIO INICIAL ESPECIFICADO.
- ESTE PROGRAMA POSEE INSTRUMENTOS CLINICOS QUE PERMITEN CALIFICAR Y CUANTIFICAR LOS RIESGOS, PARA UN DIAGNOSTICO Y MANEJO PRECOZ.

CUALES SON SUS OBJETIVOS?

GARANTIZAR LA CALIDAD DE ATENCION A LA ADOLESCENTE EMBARAZADA EN UNA RED DE SERVICIOS PARA DIAGNOSTICO Y CONTROL DE FACTORES DE RIESGO, Y DISMINUIR LA MORBIMORTALIDAD DEL BINOMIO.

1. IMPLANTAR UN PROTOCOLO DE ATENCION, CON ENFOQUE DE RIESGO EN ADOLESCENTES EMBARAZADAS, CON APEGO A LA NOM-047-SSA-2015.
2. FORTALECER LAS BUENAS PRACTICAS DE SEGURIDAD DE LA PACIENTE, EN LAS UNIDADES DE LA RED PARA GARANTIZAR EL MANEJO INTEGRAL.
3. AUMENTAR EL NUMERO DE ADOLESCENTES CON METODO DE PLANIFICACION FAMILIAR POST EVENTO, CON SEGUIMIENTO Y CONTROL.
4. GARANTIZAR QUE EL EQUIPO DE LA RED, CAPTE EN FORMA OPORTUNA, EN EL PRIMER TRIMESTRE DEL EMBARAZO, PARA CALIFICAR Y CUANTIFICAR LOS RIESGOS QUE PERMITA UBICAR SU NIVEL DE ATENCION INMEDIATA.

RECOMENDACIONES OBJETIVAS/CONSIDERACIONES EFECTIVAS!

1. En las clínicas de adolescentes se pueden aplicar pruebas (o los ítems individuales) de apoyo y cohesión familiar como indicadores de apego prenatal, de interacción madre-hijo y de maltrato infantil, previo proceso de transculturación y validación. (*Nivel de evidencia 2b, grado de recomendación*).
2. Los hijos de madres adolescentes tienen mayor riesgo de presentar ciertos defectos congénitos, por tipo específico. Los principales son los defectos de pared, del sistema nervioso central y labio y paladar hendido. Pueden ser candidatas a programas de diagnóstico prenatal. (*Nivel de evidencia 2b, grado de recomendación B*).

3. En embarazos menores de 20 años de edad, el riesgo de síndrome de Down parece incrementarse con la edad materna menor a los 15 años de edad.
4. Se recomienda que a las adolescentes embarazadas se les ofrezcan las mismas opciones para diagnóstico prenatal que a las adultas. (*Nivel de evidencia IV, grado de recomendación C*).
5. Los autores opinan que cada centro o clínica de adolescentes debe considerar el ofrecer métodos para el diagnóstico prenatal, sus estrategias deberán ser congruentes con sus propias incidencias, tasas de detección, recursos y costos. (*Nivel de evidencia IV, grado de recomendación C*).

6. La frecuencia de preeclampsia entre adolescentes embarazadas es diferente en cada población y, en opinión de los autores, es multifactorial. Se recomienda establecer el diagnóstico situacional en cada clínica de adolescentes. (*Nivel de evidencia 2b, grado de recomendación B*).

7. *Los programas integrales de control prenatal dirigidos a adolescentes reducen en 41% la frecuencia de hipertensión inducida por el embarazo.* Para reducir riesgos maternos y perinatales en embarazos de adolescentes, como el caso de la hipertensión inducida por el embarazo, *no es suficiente con los programas estándar de atención prenatal.* Se recomienda diseñar programas completos, integrales y multidisciplinarios en clínicas de adolescentes. (*Nivel de evidencia 2a, grado de recomendación B*).

8. Se debe investigar si las parejas sexuales de las adolescentes embarazadas con edad mayor de dos o más años, porque el riesgo de estar colonizadas por *Chlamydia trachomatis* es de 2 veces, y 4 veces si esas parejas tienen relaciones con otras mujeres. *(Nivel de evidencia 2b, grado de recomendación B).*
9. Se debe educar a las adolescentes acerca del uso del condón durante el embarazo, ya que aumenta a 4.7 veces en el número de coitos vaginales sin condón y se observa una tendencia a incrementarse la colonización por *Chlamydia trachomatis* de casi el doble. *(Nivel de evidencia 2b, grado de recomendación B).*
10. Puede indicarse el tamizaje y tratamiento en la población general de microorganismos genitales, ya que se previenen casos de prematurez y ruptura prematura de membranas. *(Nivel de evidencia 1a, grado de recomendación B).*

11. La colonización genital por micro-organismos se ha asociado, en grados variables y a veces de manera inconsistente, a desenlaces perinatales adversos como: *prematurez, infección intra-amniótica, ruptura prematura de membranas e infección neonatal; igualmente, con infecciones puerperales como desenlace materno*. La evidencia no es suficiente para recomendar tamizaje y tratamiento específico en mycoplasmas en la población general, y es más dudoso en adolescentes embarazadas, dada la ubicuidad. (*Nivel de evidencia 3b, grado de recomendación C*).

NECESIDADES EN EL PROYECTO

RECURSOS HUMANOS


- Gineco-obstetras, psicólogos, materno fetal, nutriólogas, trabajadoras sociales, enfermeras, y planificación familiar.(como servicios médicos integrales)
- Jurídico, secretaria, contador/administrador, informática.
- jefes de brigada.
- Gestor de Calidad/ supervisor de metas.

RECURSOS MATERIALES UN ESPACIO FISICO QUE CONTENGA:

- 1 consultorios médicos equipado con: Escritorio 3 sillas, Ultrasonido Logic 3, papelería como: hojas de historia clínica, computadora, balanza, termómetro, esfigmomanómetro, papelería correspondiente a hojas de evolución, hojas de interconsulta, recetario médico de seguro popular, espejos vaginales y material de curación.
- 1 Consultorios de nutrición con escritorio 3 sillas, balanza cinta métrica, papelería
- 1 Consultorios de psicología con escritorio y 3 sillas.
- 1 cubículo de trabajo social.

CONCLUSIONES

- ✓ Siendo un grupo vulnerable dentro de la sociedad, por su evidente condición de inmadurez biológica, que involucra una área cognitiva incapaz de tomar decisiones de reproducción, acertada y congruente, se convierten en un blanco fácil para enfermedades como ETS y embarazos no deseados.
- ✓ Es un problema de salud pública “*El Embarazo en el Adolescente*”, con todos los resultados que hemos podido observar a lo largo de los últimos 10 años, entre algunos: desintegración familiar, interrupción de su preparación académica, incrementando las tasas de morbimortalidad materna, de transmisión de enfermedades.
- ✓ Los jóvenes desempleados, van a impactar aún más en la economía familiar de la que provienen si es que lo recibe de sus redes de apoyo, de lo contrario sale a la calle con subempleos mal pagados por la escases de los mismos y su falta de preparación.

- 
- ✓ Se convierten en **rehenes de una sociedad demandante y competitiva** que no les deja espacios para su desarrollo psicosocial.
 - ✓ **Aumentan las tasas de violencia familiar** dentro de su marco de vida, por sus condiciones familiares previas y actuales, en la que enfrentan necesidades básicas que no pueden cubrir, tanto económicas, sociales, familiares, como laborales.
 - ✓ En muchos casos **pierden** el derecho a una institución de salud adquirida a través de los padres, por consecuencia pierden también el **DERECHO A LA SALUD**.

✓ Si bien las políticas de salud se orientan hacia la prevención del embarazo en la adolescente, en opinión de los autores **es insuficiente el interés de las políticas sanitarias y de los trabajadores de la salud, una vez que ésta se embaraza.**

La evidencia es suficiente para señalar que existe una diferencia en el entorno biológico y social de lo que ocurre en las mujeres de otras edades. Esto se muestra por la efectividad de algunas intervenciones reportadas en la bibliografía.

PROPUESTAS PARA PREVENIR
EMBARAZOS
ADOLESCENTES EN MÉXICO

Eliminar el matrimonio infantil

Realizar las reformas legislativas necesarias a efecto de garantizar que la edad mínima para contraer matrimonio sea de 18 años tanto para hombres como para mujeres.

Prevenir y atender la violencia sexual

Promover una cultura de la igualdad de género que reconozca y condene todas las formas de violencia sexual hacia niñas y adolescentes.

Capacitar a impartidores de justicia y profesionales de salud para atender los casos de violencia sexual contra niñas y adolescentes.

Garantizar el acceso a los servicios de interrupción legal del embarazo por violación a las niñas y adolescentes víctimas de violencia sexual.

Proveer información y acceso a anticoncepción de emergencia a las víctimas de violencia sexual.

Impartir educación sexual

Garantizar que las materias de salud sexual y reproductiva sean impartidas en las escuelas del país.

Impartir educación para la preservación de la salud, el conocimiento integral de la sexualidad y la planificación familiar, así como la paternidad /maternidad responsables.

Formar al personal docente en las materias de salud sexual y reproductiva.

Promover y ofrecer talleres para padres en materia de salud sexual y reproductiva de las personas adolescentes.

Garantizar acceso a métodos anticonceptivos

Garantizar la existencia en instituciones públicas de salud de todos los métodos anticonceptivos en cantidades adecuadas, condiciones óptimas para su uso y disponibles en el momento en que son requeridos.

Aumentar los puntos de acceso a métodos anticonceptivos (escuelas, centros deportivos, antros, restaurantes, centros comerciales, transporte público, entre otros)

Proporcionar una correcta información anticonceptiva, la cual debe ser oportuna, eficaz, verdadera, completa y basada en evidencia científica.

Brindar consejería amigable

Garantizar un ambiente de confidencialidad durante la prestación de los servicios de consejería para jóvenes.

Brindar consejería sobre anticoncepción y riesgo de embarazo temprano, a través de personal debidamente capacitado, libre de prejuicios y con absoluto respeto al derecho a decidir sobre su conducta sexual y reproductiva y al ejercicio del consentimiento informado en la prescripción de métodos anticonceptivos.

Facilitar la identificación de los lugares en donde se brinden los servicios de consejería amigables para jóvenes

Evitar la deserción escolar

Evitar que las niñas y adolescentes embarazadas abandonen sus estudios a través de programas de apoyo educativo y becas para fortalecer su permanencia en la escuela.

Favorecer esquemas flexibles de atención educativa para niñas y adolescentes embarazadas o madres.

Garantizar el acceso a la interrupción legal del embarazo

Reconocer e implementar la casual salud en todos los estados del país.

Reconocer el derecho de las niñas y adolescentes a interrumpir su embarazo por los riesgos a su salud y vida que representa un embarazo temprano.

Proveer servicios de salud reproductiva especializados

Proveer servicios de salud especializados durante el embarazo, parto y posparto

Prestar servicios de salud sensibles, especializados y de calidad que atiendan las necesidades físicas y psicológicas de las niñas y adolescentes embarazadas durante el embarazo, parto y posparto, considerando el riesgo particularmente alto al que se enfrentan.

A REFLEXIONAR....

- I. LOS ADOLESCENTES SON CAUSA O EFECTO ?... DE UNA SOCIEDAD CONVULSIONADA..!

- II. SI HOY SON EL 20% DE NUESTRA POBLACION, NO SERAN ELLOS EL 100% DEL MAÑANA..?

GRACIAS POR SU ATENCIÓN



BIBLIOGRAFÍA

- Colegio Mexicano de Especialistas en Ginecología y Obstetricia
- Fecha de búsqueda de información: Marzo 2008
- Fecha de elaboración: Abril 2008
- Fecha de actualización: Abril 2013
- Institución responsable: Colegio Mexicano de Especialistas en Ginecología y Obstetricia, A.C.

COORDINADORA DEL GRUPO

- Dra. Josefina Lira Plascencia
- ❖ *Médica cirujana, especialista en Ginecología y Obstetricia. Subespecialista en Medicina Perinatal por el Instituto Nacional de Perinatología. Certificada por el Consejo Mexicano de Ginecología y Obstetricia.*
- ❖ *Coordinadora de la Clínica para la Atención a la Paciente Adolescente del Instituto Nacional de Perinatología.*

AUTORES

- Dra. Josefina Lira Plascencia
- Dr. Hector Oviedo Cruz
- ❖ Médico cirujano, especialista en Ginecología y Obstetricia. Subespecialización en Medicina Materno-Fetal; encargado del Diagnóstico Prenatal en la Unidad de Medicina Integral Femenina, Hospital Español. Previamente adscrito a la Coordinación para la Atención de la Paciente Adolescente del Instituto Nacional de Perinatología.

REVISORES INTERNOS

- Dr. Lino Amor Calleja
- ❖ Médico cirujano, especialista en Ginecología y Obstetricia. Certificado por el Consejo Mexicano de Ginecología y Obstetricia . Hospital Ángeles del Pedregal.
- ❖ Femego Mar 09.indd Sec3:47 3/26/09 8:59:04 PM

BIBLIOGRAFÍA

S48 GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA

COLEGIO MEXICANO DE ESPECIALISTAS EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

- Dr. Enrique García Lara
- ❖ Médico cirujano, especialista en Ginecología y Obstetricia. Certificado por el Consejo Mexicano de Ginecología y Obstetricia . Hospital Ángeles del Pedregal.
- Dr. Luis Assad Simón Pereira
- ❖ Médico cirujano, especialista en Ginecología y Obstetricia. Subespecialista en Medicina Perinatal por el Instituto Nacional de Perinatología. Certificado por el Consejo Mexicano de Ginecología y Obstetricia. Hospital Médica Sur.

REVISORES EXTERNOS

- Dr. Francisco Ibarra Chavarria
- ❖ Médico cirujano, especialista en Ginecología y Obstetricia. Subespecialista en Medicina Perinatal. Profesor adjunto de la especialidad de Ginecología y obstetricia, Universidad Nacional Autónoma de México. Certificado por el Consejo Mexicano de Ginecología y Obstetricia. Subdirector médico del Instituto Nacional de Perinatología.
- Dr. Valentin Ibarra Chavarria
- ❖ Médico cirujano, especialista en Ginecología y Obstetricia. Profesor titular de la especialidad de Ginecología y Obstetricia, Universidad Nacional Autónoma de México. Certificado por el Consejo Mexicano de Ginecología y Obstetricia. Director médico del Instituto Nacional de Perinatología.
- Dr. Roberto Ahued Ahued
- ❖ Médico cirujano especialista en Ginecología y Obstetricia. Certificado por el Consejo Mexicano de Ginecología y Obstetricia, Hospital Angeles México.

BIBLIOGRAFÍA

- SISTEMA INFORMATICO DEL ADOLESCENTE
- ❖ **PUBLICACION CLAP/SMR No.1579.**
ORGANIZACIÓN PANAMERICA DE LA SALUD. CENTRO LATINOAMERICANO DE PERINATOLOGÍA.

