

Consejería en Salud Sexual y Reproductiva, estrategia educativa de enfermería para reducir riesgos en adolescentes embarazadas

Sexual and Reproductive Health Counseling educational nursing strategy to reduce risks in pregnant adolescents

Hugo Tapia-Martínez,^{1a} Araceli Jiménez-Mendoza,^{1b} Iñiga Pérez-Cabrera^{2c}

¹Universidad Nacional Autónoma de México, Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia, División de Estudios Profesionales. Ciudad de México, México

²Universidad Nacional Autónoma de México, Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia, Decana. Ciudad de México, México

Apoyo financiero del Programa de Apoyo a Proyectos de Investigación e Innovación Tecnológica (PAPIIT). IN307811-3 ENEO-INVESTIGACIÓN-05

ORCID

^a 0000-0003-4998-3506

^b 0000-0001-5762-4314

^c 0000-0002-5068-6325

Palabras clave

Embarazo en Adolescencia
Servicios de Salud del Adolescente
Complicaciones del Embarazo
Salud Sexual y Reproductiva

Keywords

Pregnancy in Adolescence
Adolescent Health Services
Pregnancy Complications
Sexual and Reproductive Health

Correspondencia:

Araceli Jiménez-Mendoza

Correos electrónicos:

ajimenez55070@gmail.com

ajimenez55070@comunidad.unam.mx

Fecha de recepción:

07/11/2017

Fecha de dictamen:

02/07/2018

Fecha de aceptación:

08/10/2018

Introducción: una de cada seis mujeres que se embarazan es adolescente, el riesgo de muerte materna es el doble en razón de las mujeres en edad fértil. Los riesgos y daños se pueden presentar en la gestación, el parto, posparto y en el recién nacido.

Objetivo: evaluar el efecto de una intervención basada en "Consejería en Salud Sexual y Reproductiva" para reducir riesgos en las adolescentes embarazadas durante el parto, posparto y neonato.

Métodos: diseño cuasiexperimental con 170 adolescentes embarazadas seleccionadas por conveniencia de un hospital público. Se seleccionó un grupo de intervención (85) y un grupo control (85). Intervención: I) capacitación de facilitadores por Ipas México, II) instrumento con base en las cédulas de riesgo perinatal PREVIGen IV, V, VI y VIII, III) elaboración de material educativo, IV) procedimiento de recolección de información en tres fases.

Resultados: el promedio de edad de las adolescentes embarazadas fue de 16.2 ± 0.66 años, nivel socioeconómico bajo (87%), escolaridad primaria (77%), unión libre (80%). Las adolescentes al inicio del trabajo de parto, fue en Grupo control 25.8% y Grupo intervención 9.4% ($p = 0.019$). Durante el trabajo de parto, fue significativa en valoración de la respuesta fetal ($p = 0.007$).

Conclusión: la intervención educativa de enfermería basada en la Consejería en Salud Sexual y Reproductiva demostró tener un efecto positivo en la reducción de riesgos de las adolescentes embarazadas durante el parto, posparto y neonato.

R
e
s
u
m
e
n

Introduction: One out of every six women who become pregnant is adolescent; the risk of maternal death is twice that of women of childbearing age. The risks and damages can occur in pregnancy, delivery, postpartum and newborn.

Objective: To evaluate the effect of an intervention based on "Sexual and Reproductive Health Counseling" to reduce risks in pregnant adolescents during delivery, postpartum and neonate.

Methods: Quasi-experimental design with 170 pregnant adolescents selected for the convenience of a public hospital. An intervention group (85) and a control group (85) were selected. Intervention: I) training of facilitators by Ipas Mexico, II) instrument based on the perinatal risk cards PREVIGEN IV, V, VI and VIII, III) preparation of educational material, IV) information collection procedure in three phases.

Results: The average age of pregnant adolescents was 16.2 ± 0.66 years, low socioeconomic levels (87%), primary schooling (77%), free union (80%). Adolescents at the beginning of labor were 25.8% in the control group and 9.4% in the intervention group $p = 0.019$. During labor, it was significant in the evaluation of the fetal response ($p = 0.007$).

Conclusion: The educational nursing intervention based on the Ministry of Sexual and Reproductive Health, demonstrated to have a positive effect in the reduction of risks of pregnant adolescents during childbirth, postpartum and neonate.

A
b
s
t
r
a
c
t

Introducción

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), alrededor de 16 millones de niñas de entre 15 y 19 años dan a luz anualmente, lo que representa cerca del 11% de todos los nacimientos, de los cuales el 95% ocurren en países en desarrollo.¹ Según el Banco Mundial, América Latina y el Caribe (ALC) presentan las mayores tasas de embarazo en adolescentes (72 nacimientos por cada 1000 mujeres de entre 15 y 19 años de edad), después de África subsahariana y el sur de Asia (con 108 y 73 nacimientos, respectivamente).²

Un dato preocupante es que ALC es la región donde los nacimientos de madres menores de 15 años aumentaron.³ Al interior de la región, Nicaragua, República Dominicana y Guatemala registraron las mayores tasas de fecundidad adolescente en 2010, con más de 100 nacimientos por cada 1000 mujeres de 15 a 19 años de edad; mientras que Perú, Haití y Trinidad y Tobago tuvieron las más bajas, con menos de 50 nacimientos por cada 1000 mujeres en el mismo rango etario. Asimismo, los cinco países que han tenido mayor éxito en reducir las tasas de fecundidad adolescente fueron Colombia (-25%), Haití (-23%), Costa Rica, El Salvador y Perú (-21%).²

Con respecto a México, la Encuesta Nacional de Niños y Niñas (ENIM) llevada a cabo por el Instituto Nacional de Salud Pública y la UNICEF en el 2015, reveló que el país ocupa el primer lugar de incidencia entre los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) con 77 embarazos por cada 1000.⁴ Una de cada seis mujeres que se embarazan es adolescente y el riesgo de muerte materna es el doble comparado con el resto de las mujeres en edad fértil y cuatro veces mayor cuando son menores de 15 años.⁵

Los riesgos y daños que se pueden presentar en las adolescentes no solo se advierten en la gestación, sino también en el acto obstétrico, es decir, en el parto y posparto, incluyendo al recién nacido (RN).⁶ En el parto se incluye la emotividad de la adolescente, la contractilidad [intensidad baja (hipotonía) o elevada (hipertonía)], dilatación uterina, descenso de la presentación (cabeza o

pelvis fetal), tensión arterial materna, frecuencia cardíaca fetal (FCF), valoración de la respuesta cardíaca fetal (VRF), integridad de las membranas ovulares, inductoconducción del parto, atención del parto en quirófano, episiotomía, duración del trabajo de parto, tipo de alumbramiento y hemorragia. Los riesgos en el posparto son: hemorragia, hipertermia, edema y lactancia. En el RN los riesgos son: nacimiento por parto o cesárea, peso, edad gestacional por capurro en semanas, valoración de Apgar, maniobras de reanimación y sufrimiento fetal. En varios estudios se ha descrito la eclampsia, la anemia, el parto prematuro, partos prolongados, aumento en la incidencia de cesáreas, recién nacido de bajo peso y muerte neonatal, como principales daños en el binomio madre e hijo.^{7,8,9}

Otros factores de riesgo asociados son: pobreza, desnutrición, escolaridad limitada y falta de apoyo familiar,^{10,11,12} los cuales contribuyen a la ausencia o asistencia tardía al control prenatal con un déficit de información y orientación sobre recomendaciones y cuidados durante el embarazo y parto.

Las adolescentes que acuden al control prenatal expresan interés por participar en sus cuidados y en los de sus hijos por nacer, así como por ampliar la información en salud. De hecho, la educación materna al final del embarazo y el nacimiento, es un derecho que toda mujer debe tener, ya que promueve la toma de decisiones e influye de forma positiva en la salud de la gestante y en la de su futuro hijo.¹³

Al respecto, la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida, incluye el desarrollo de acciones sobre educación para la salud orientadas a favorecer la decisión libre e informada que estimule en las madres y padres actitudes y aptitudes de autocuidado de la salud y responsabilidad compartida a favor de la salud perinatal y de la maternidad.¹⁴

Por lo tanto, las acciones a favor de la salud de las gestantes, en particular de las adolescentes, están dirigidas a empoderar su capacidad en la toma de decisión informada, a través de estrategias como la Consejería en Salud Sexual y Reproductiva (CSSR). La CSSR, se define como un modelo de

atención en salud que concibe a las personas como sujetos capaces de tomar sus propias decisiones, acerca del ejercicio de su sexualidad y el cuidado de su cuerpo, así como de la salud en relación con su función reproductiva.¹⁵ En las adolescentes, la CSSR es una intervención que se da en un contexto personalizado, donde se establece un vínculo entre los profesionales de la salud y las adolescentes, con el propósito de fortalecer la capacidad para tomar decisiones libres, informadas, protegidas y coherentes con sus valores en el ámbito de la sexualidad y la reproducción humana; entendida integralmente en el marco de los derechos individuales y sociales. En este sentido, es una estrategia central de promoción a la salud sexual y reproductiva, desde las perspectivas de derecho y género.¹⁶

De esta manera, la CSSR aunada al control prenatal puede favorecer el empoderamiento de las adolescentes gestantes para disminuir los riesgos en el parto, posparto y neonato, su finalidad es fortalecer la educación en salud, con información sobre los derechos sexuales y reproductivos, cuidados al final del embarazo, cuidados del perineo y lactancia materna; así como el traslado al hospital y cuidados en el parto y/o cesárea. Por lo tanto, la intervención del profesional de enfermería como educador, desde la etapa preconcepcional y prenatal, permite identificar tempranamente los factores de riesgo y, con base en la evidencia científica, intervenir con acciones dirigidas a la familia sobre el desarrollo psicosexual y social de los adolescentes y, en su caso, sobre el proceso del embarazo, parto y nacimiento.¹⁷

Por lo anterior, la contribución del profesional de enfermería es clave en la CSSR, aunque no se sabe de estudios que demuestren el impacto de sus intervenciones en el parto, posparto y neonato en adolescentes gestantes. No obstante, es indispensable sustentar la contribución profesional de enfermería, con el propósito de evaluar el efecto de una intervención basada en la “Consejería en Salud Sexual y Reproductiva” para reducir riesgos en las adolescentes embarazadas durante el parto, posparto y neonato.

Material y métodos

La investigación se realizó con diseño cuasiexperimental en dos grupos de adolescentes

embarazadas, un grupo control (GC) y un grupo de intervención (GI), durante el periodo de 2011 a 2013 en un hospital público de la Ciudad de México.

Mediante un muestreo no probabilístico por conveniencia, de una población de 550 adolescentes embarazadas en control prenatal de cuatro centros de salud las cuales fueron referidas al hospital público, ubicado en la Delegación Iztapalapa de la Ciudad de México. Se reunieron 170 adolescentes embarazadas, de las cuales, 85 formaron el grupo de intervención y 85 el grupo de control, para ambos grupos se determinaron los siguientes criterios: mujeres adolescentes embarazadas que se encontraban entre 30 a 36.6 semanas de gestación (SDG), con control prenatal subsecuente (por lo menos una consulta en el centro de salud), sin trabajo de parto, sin patologías agregadas ni enfermedad psiquiátrica, con referencia al hospital público (la referencia es al final del embarazo para su resolución por los cuatro centros de salud de influencia), y que aceptaron participar en el estudio. Se logró una equivalencia de los grupos desde el punto de vista del riesgo obstétrico y el lugar de procedencia.

El estudio fue autorizado por el Comité de Investigación del hospital público, registro 203 101 06 14.

Intervención educativa basada en Consejería sobre Salud Sexual y Reproductiva

- Etapa I, capacitación por *Ipas México* a diez facilitadores pasantes de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia, quienes proporcionaron la CSSR a las adolescentes embarazadas, con las temáticas de adolescencia y derechos sexuales y reproductivos. Sobre salud materna se incluyeron los cuidados de evidencia hacia el final del embarazo, cuidados del periné y lactancia materna; así como: traslado al hospital y cuidados en el parto y/o cesárea. La capacitación se llevó a cabo en la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia de la UNAM.
- Etapa II, el instrumento se integró con base en las cédulas de riesgo perinatal PREVIGen IV,

V, VI y VIII del Sistema de Evaluación de Riesgo Reproductivo y Perinatal (SERRP), del Centro de Investigación Materno Infantil del Grupo de Estudios al Nacimiento (CIMIGen) y de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia (ENEO), con un total de 40 reactivos para la evaluación de los factores de riesgo (FR) en las etapas de inicio del trabajo de parto, durante el parto, nacimiento y posparto. Con base en la semaforización se indica el nivel de riesgo: el color verde, riesgo bajo (RB); color amarillo, riesgo medio (RM), y color rojo, riesgo alto (RA). Se agregaron cuatro reactivos para variables sociodemográficas (edad, estado civil, nivel socioeconómico y escolaridad). La validez del instrumento fue por consenso de expertos; la confiabilidad no ha sido reportada, no obstante, ha sido aplicada por enfermeras capacitadas en el CIMIGen por más de 30 años en 20 mil embarazadas y solo se ha presentado una muerte materna.¹⁸

- Etapa III, elaboración del material educativo para la intervención con cinco temáticas: cuidados de evidencia hacia el final del embarazo, derechos sexuales y reproductivos,

factores de riesgo asociados a la depresión en adolescentes embarazadas, violencia en la adolescente embarazada y lactancia materna.

- Etapa IV, en el **cuadro I**, se describe el procedimiento para recabar la información, con la aplicación de los instrumentos de riesgo obstétrico, al inicio y durante el parto, nacimiento y posparto.

La investigación atendió a los principios éticos de beneficencia y no maleficencia, veracidad, privacidad y confidencialidad señalados en el Código de ética para las enfermeras y enfermeros de México.¹⁹ Asimismo, su ejecución se sustentó en el marco legal señalado en el Reglamento de la Ley General de Salud de México, artículos 34, 36, 38 y 39 en referencia al riesgo mínimo para los sujetos de estudio, el consentimiento informado, el anonimato y la libertad de decisión para retirarse del estudio.²⁰

El consentimiento informado se obtuvo con las adolescentes gestantes y la persona responsable (madre, padre, tutor o pareja), una vez que se dio lectura del formato, se explicó el objetivo del estudio y se describió claramente en qué consistía su participación, así como la libertad para que la

Cuadro I Fases de recolección de la información en adolescentes embarazadas

1ª Fase: Detección, captación y asignación de la muestra de estudio

- En total se reunieron 170 adolescentes embarazadas referidas por los cuatro centros de salud al consultorio de control prenatal del hospital público.
- Invitación a participar y reclutamiento con el apoyo del personal de enfermería y miembros del equipo de investigación.
- Obtención del consentimiento informado, previa explicación del objetivo de estudio y descripción de la participación, se asignó a 85 adolescentes embarazadas al grupo de intervención y 85 al grupo control.

2ª Fase: Implementación de la estrategia de CSSR al grupo de intervención

- Con el grupo de intervención se realizaron dos sesiones de consejería en un cubículo privado y confiable de la consulta externa del hospital público, cada sesión con duración de dos horas, con un intervalo de tiempo no mayor a dos semanas entre cada sesión.
- El grupo control recibió la consulta prenatal convencional.

3ª Fase: Evaluación del riesgo obstétrico

- En ambos grupos se evaluó el riesgo obstétrico al inicio y durante el parto, nacimiento y posparto, posterior al evento obstétrico en la unidad tocoquirúrgica del hospital público.

adolescente y/o tutor expresara sus dudas y aclararlas. Se destacó que la participación era voluntaria y la confidencialidad de la información, en el caso de *no aceptar* participar en el estudio, se les informó que recibirían la atención requerida para la adolescente embarazada y su hijo; en el caso de *aceptar* participar en el estudio, se obtuvo la firma de la adolescente embarazada y la persona responsable; en particular, se hizo énfasis en la libertad de retirarse del estudio si así lo deseaban.

Una vez recolectada la información, se codificaron los datos en una base y fueron procesados en el programa SPSS versión 15 para su análisis.

Resultados

El promedio de edad de las adolescentes embarazadas fue de 16.2 ± 0.66 años, y en cuanto a la condición sociodemográfica predominó el nivel socioeconómico bajo (87%), la escolaridad primaria (77%) y la unión libre (80%). En contexto, estos factores sociodemográficos, son indicadores de las condiciones sociales y económicas de la zona en que está ubicado el hospital y sus habitantes.

Sobre los factores de riesgo al inicio del trabajo de parto, en el grupo control (GC) y el grupo de intervención (GI), se identificó que en el factor de emotividad/estado psicológico (respuesta conductual

Cuadro II Factores de riesgo al inicio del trabajo de parto en el grupo control y de intervención ($n = 170$)

Ítem	Factor de riesgo	Criterio	Grupo control $n = 85$		Grupo de intervención $n = 85$		$p < 0.05$
			F	%	F	%	
1	Emotividad / Estado psicológico	Excitada	22	25.8	8	9.4	0.019
2	Frecuencia de contracciones en 10 minutos	< 3 o ≥ 5	23	27	15	17.6	0.101
3	Intensidad de la contracción	Baja o elevada	15	17.6	10	11.7	0.004
4	Duración de la contracción en segundos	≥ 61	7	8.2	4	4.7	0.869
5	Dilatación cervical cm/hora	≥ 3 o estacionaria	25	29.4	19	22.3	0.113
6	Frecuencia cardiaca fetal basal	RA < 119 RM 151-160 RB 100-150	1	1.1	1	1.1	0.242
7	Valoración de la respuesta fetal	No reactiva o taquicardia	3	3.5	-	-	0.056
8	Estado de las membranas	Rotas ≥ 8 horas	14	16.4	8	9.4	0.207
9	Color del líquido amniótico	Verde, amarillo o rojizo	7	8.2	2	2.3	0.191
10	Complicaciones maternas	s/c	8	9.4	2	2.3	0.020

F: Frecuencia; RA: Riesgo alto; RM: Riesgo medio; RB: Riesgo bajo

Fuente: Datos obtenidos en un hospital público de la Ciudad de México, México

de excitación intranquilidad), la proporción de adolescentes, al inicio del trabajo de parto, fue dos veces más en el GC (25.8%) que en el GI (9.4%) ($p = 0.019$), cabe señalar que se observó con más tranquilidad y con mayor efectividad en las contracciones a las adolescentes del GI. También se identificaron diferencias significativas entre los grupos, en el factor de intensidad de la contracción ($p = 0.004$) y el factor de complicaciones maternas ($p = 0.020$) (cuadro II).

En cuanto a los factores de riesgo durante el trabajo de parto, las diferencias entre los grupos fueron significativas en el factor de valoración de respuesta fetal ($p = 0.007$), en el descenso de la

presentación ($p = 0.003$) y en el estado de las membranas rotas ≥ 8 horas ($p = 0.001$). En el caso de la valoración de respuesta fetal (no reactivo), se identifica que aunque la proporción de adolescentes del GC es mínima (8.2%), en el GI no se presentó. Los datos anteriores muestran que el trabajo de parto en el GI, se desarrolló en condiciones eutócicas y con el mínimo de riesgo para infección perinatal y complicaciones maternas (cuadro III).

En referencia a los factores de riesgo al nacimiento del neonato, las diferencias entre los grupos fueron estadísticamente significativas, fue relevante en los factores de riesgo medio y alto en el embarazo ($p = 0.000$) y riesgo alto en el parto

Cuadro III Factores de riesgo durante el trabajo de parto en el grupo control y de intervención ($n = 170$)

Ítem	Factor de riesgo	Criterio	Grupo control $n = 85$		Grupo de intervención $n = 85$		$p < 0.05$
			F	%	F	%	
11	Frecuencia cardíaca fetal	< 129 o > 150	5	5.8	1	1.1	0.194
12	Valoración de la respuesta fetal	(No reactivo)	7	8.2	-	-	0.007
13	Frecuencia cardíaca en 10 minutos	< 3 o > 5	6	7	8	9.4	0.253
14	Dilatación cervical	cm/hora	25	29.4	15	17.6	0.097
15	Descenso de la presentación	s/c	25	29.4	10	11.7	0.003
16	TA sistólica	≥ 140 mm Hg	6	7	2	2.3	0.194
17	TA diastólica	> 90 mm Hg	7	8.2	2	2.3	0.154
18	Estado de las membranas	Rotas ≥ 8 horas	33	38.8	13	15.2	0.001
19	Inducción con oxitocina	s/c	41	48.2	25	29.4	0.013
20	Atención del parto en quirófano	s/c	23	27	24	28.2	0.125
21	Práctica de episiotomía	s/c	48	56.4	51	60	0.527
22	Duración del trabajo de parto	Número de horas	14	16.4	6	7	0.087
23	Tipo de alumbramiento	Manual	19	22.3	10	11.7	0.175
24	Hemorragia	Excesiva	2	2.3	-	-	0.521

F: Frecuencia; TA: tensión arterial; mm Hg: milímetros de mercurio

Fuente: Datos obtenidos en un hospital público de la Ciudad de México, México

($p = 0.002$). También se encontraron diferencias en ambos grupos en cuanto al factor de valoración de la edad gestacional del neonato de < 37 semanas ($p = 0.013$) y la maniobra de reanimación moderada ($p = 0.013$). Con una diferencia similar se identificaron el factor de sufrimiento fetal ($p = 0.036$) y el riesgo medio y alto en el parto ($p = 0.019$). Por lo que el impacto de la intervención en el nacimiento del neonato beneficia las condiciones del patrón cardiorrespiratorio y su adaptación al medio, presentándose menos partos pretérmino y postérmino (cuadro IV).

En la valoración de los factores de riesgo en el posparto, se presentó hemorragia en el GC (3.5%) y GI (3.5%), la presencia de edema fue mayor en el GC

(8.2%) que en el GI (4.7%) y la hipertermia se presentó en tres casos del GC (3.5%). Se aprecia diferencia significativa ($p = 0.036$) en la proporción de madres adolescentes del GC que acepta la lactancia artificial (11.7%) en relación con el GI (2.3%) (cuadro V).

Discusión

El factor de emotividad/estado psicológico de las adolescentes del GI que recibieron la CSSR, la manifestación de menor excitación durante el parto fue similar a lo reportado por Barbieri *et al.*,²¹ en un estudio cualitativo con 28 mujeres adolescentes participantes de grupos de atención prenatal en unidades básicas de salud, en el que ellas

Cuadro IV Factores de riesgo al nacimiento del neonato en el grupo control y de intervención ($n = 170$)

Ítem	Factor de riesgo	Criterio	Grupo control $n = 85$		Grupo de intervención $n = 85$		p < 0.05
			F	%	F	%	
25	Riesgo en el embarazo	Medio y alto	72	84.7	54	63.5	0.000
26	Riesgo en el parto	Alto	22	25.8	9	10.5	0.002
27	Duración de la dilatación	Muy rápida	6	7	1	1.2	0.071
		Prolongada	14	16.4	10	11.6	
28	Duración del expulsivo	Prolongado > 30 minutos	5	5.8	1	1.2	0.085
29	Coloración del líquido amniótico	Sanguinolento	3	3.5	-	-	0.245
30	Nacimiento	Parto o cesárea	24	28.2	24	28.2	1.000
31	Peso del RN en gramos	< 2500	15	17.6	-	4.7	0.064
32	Edad gestacional en semanas*	≤ 37	5	5.8	-	-	-
		≥ 42	6	7	2	2.3	0.013
33	Valoración de Apgar	Rango de 4 a 6	2	2.3	-	-	0.497
34	Maniobra de reanimación	Moderada	6	7	-	-	0.013
35	Sufrimiento fetal	s/c	6	7	1	1.2	0.036
36	Riesgo en el parto	Medio y alto	38	44.7	32	37.6	0.019

RN: recién nacido

*Test de Capurro (criterio utilizado para estimar la edad gestacional del RN)

Fuente: Datos obtenidos en un hospital público de la Ciudad de México, México

Cuadro V Factores de riesgo en el posparto en el grupo control y de intervención

Ítem	Factor de riesgo	Criterio	Grupo control n = 85		Grupo de intervención n = 85		p < 0.05
			F	%	F	%	
37	Hemorragia	Moderada	3	3.5	3	3.5	1.000
38	Hipertermia	Moderada	3	3.5	-	-	0.114
39	Edema	s/c	7	8.2	4	4.7	0.426
40	Lactancia	Artificial	10	11.7	2	2.3	0.036

Fuente: Datos obtenidos en un hospital público de la Ciudad de México, México

expresaron sentirse menos angustiadas y nerviosas después de recibir información y consejos sobre cómo prepararse para el parto y el saber lo que va a suceder, lo que les ayudó a reaccionar de la mejor forma ante algunas situaciones. Al respecto, Centenaro *et al.*,²² agregan que es importante proporcionar información técnica a las adolescentes embarazadas, los profesionales de la salud deben facilitar toda la información necesaria sobre el parto, incluyendo información relativa a sus derechos, con el fin de compensar las dificultades encontradas durante el trabajo de parto.

En varios estudios se ha reportado que las complicaciones maternas y fetales como la eclampsia, anemia, parto prematuro y bajo peso al nacimiento, son más frecuentes en la población adolescente que no cuenta con apoyo durante el embarazo.^{23,24,25,26}

En el presente estudio, la frecuencia de complicaciones en el grupo de intervención frente al grupo control, muestra la posible relación con la estrategia de CSSR; lo anterior, se sustenta en el estudio de Humo *et al.*,²⁷ en el que se implementó un programa educativo y consejería coordinado por enfermeras con un efecto positivo en la disminución del número de complicaciones maternas y fetales en el grupo de intervención.

En otro estudio, Mersal *et al.*,²⁸ demostraron el efecto de la consejería en la mejora del conocimiento y desempeño de las mujeres en el trabajo de parto a

término completo del GI (90.7%) en contraste con el grupo control (41.9%), y en la diferencia relacionada con el parto vaginal del GI (88.4%) y del GC (76.7%). Así también en la buena condición de salud de los neonatos del GI (90.7%) y del GC (46.5%); es relevante la diferencia ($p = 0.008$) de los neonatos con bajo peso al nacer entre el GI (9.3%) y el GC (32.6%), cabe señalar que los neonatos del GI, obtuvieron mejor calificación en las evaluaciones de Apgar y Capurro.

Acercas del uso de la lactancia materna frente a la de lactancia artificial, la diferencia encontrada entre los grupos denota la influencia de la consejería en la decisión de las madres adolescentes para amamantar a sus bebés. Lo anterior se confirma con el estudio de Hernández *et al.*,²⁹ de diseño pre y post intervención, controlado y aleatorizado, en el GI se registró un aumento significativo en los conocimientos (GI: 6.9 ± 1.5 , GC: 4.4 ± 1.8 , $p < 0.001$), así como actitudes positivas hacia la lactancia materna (GI: 71.13 ± 28.5 , GC: 54.27 ± 28.9 , $p < 0.001$); en conclusión, el programa educativo desarrollado es eficaz para mejorar los conocimientos y actitudes de las adolescentes sobre lactancia materna y sobre las ventajas para el crecimiento y desarrollo normal de los neonatos.

En razón de los factores de riesgo en las etapas del proceso reproductivo y perinatal, en el estudio se identificó un efecto positivo de la CSSR en el GI, aun cuando estadísticamente la prueba de Fisher no

demonstró relación con los factores de duración de trabajo de parto en horas, duración de la dilatación y del periodo expulsivo; lo cual sugiere sean estudiados posteriormente con mejor rigor metodológico. Por otro lado, el efecto de la CSSR en el GI frente al GC fue positivo respecto a los riesgos obstétricos y neonatales ($p < 0.05$) en las etapas de inicio del trabajo de parto, durante el parto, neonato y posparto.

Conclusiones

En el estudio se evidenció que las adolescentes embarazadas presentan factores como estatus socioeconómico bajo, nivel de escolaridad primaria y su condición de embarazo, generándose, de esta manera, un círculo de pobreza cada vez mayor, que complica su situación familiar y social que repercute de manera negativa en el futuro de la adolescente, pues, por una parte, se presenta la interrupción de los estudios y la adquisición de nuevas responsabilidades en el cuidado de su hijo, y por la otra, la posibilidad de afectar su propia salud y la de su hijo.

La intervención educativa de enfermería basada en la Consejería en Salud Sexual y Reproductiva (CSSR) demostró tener un efecto positivo en la reducción de riesgos de las adolescentes embarazadas durante el parto, posparto y neonato. Por lo tanto, la CSSR sumada al control prenatal, es primordial en la

prevención de riesgos en el parto, posparto y neonato de las adolescentes.

En este contexto es necesaria la intervención de los profesionales de enfermería en la educación como estrategia de prevención para contribuir en la disminución del número de embarazos adolescentes y, por ende, a evitar complicaciones de salud, tanto física como mental, en las futuras madres adolescentes. Para los profesionales de enfermería, brindar educación a la población en general y en particular a las y los adolescentes, debe significar un compromiso profesional y social, no solo con el cumplimiento de los objetivos de desarrollo del milenio, también con la generación de conocimiento a través de la investigación, contribuyendo así con las posibles formas de solucionar un problema culturalmente complejo, como lo es el embarazo en adolescentes.³⁰

Los hallazgos identificados promueven iniciativas para considerar a la CSSR como una estrategia de enfermería para el acompañamiento de las adolescentes embarazadas como población vulnerable, y hace imperante el planteamiento de políticas de salud destinadas a la atención integral del grupo adolescente. Existen otras propuestas de CSSR que han sido motivo del planteamiento de políticas de salud destinadas a la atención con base en la consejería y en especial para la adolescente gestante.^{31,32}

Referencias

1. Organización Mundial de la Salud. "Adolescent Pregnancy" Fact Sheet 364. Ginebra: OMS; 2014. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs364/en/>
2. Azevedo JP, Favara M, Haddock SE, et al. Embarazo Adolescente y Oportunidades en América Latina y el Caribe sobre maternidad temprana, pobreza y logros económicos. Washington DC: Banco Mundial-LAC; 2012.
3. Fondo de Población de las Naciones Unidas. Estado de la población mundial 2013. Maternidad en la niñez, enfrentar el reto del embarazo adolescente. Nueva York: UNFPA, Web. 2013.
4. Instituto Nacional de Salud Pública y UNICEF México. Encuesta Nacional de Niños, Niñas y Mujeres 2015 Encuesta de Indicadores Múltiples por Conglomerados 2015, Informe Final. Ciudad de México, México: Instituto Nacional de Salud Pública y UNICEF México; 2016.
5. Oliveira FC Jr, Surita FG, Pinto E Silva JL, Cecatti JG, Parpinelli MA, Haddad SM, et al. Severe maternal morbidity and maternal near miss in the extremes of reproductive age: results from a national cross-sectional multicenter study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2014;14:77. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24555831>
6. Martínez HT, Silva MAI, Cabrera IP, Mendoza AJ. Obstetric profile of pregnant adolescents in a public hospital: risk at beginning of labor, at delivery, postpartum, and in puerperium. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 2015; 23(5):829-836. DOI: 10.1590/0104-1169.0316.2621
7. Ximenes Neto FRG, Marques MS, Rocha J. Problemas Vividos por las Adolescentes durante la Gestación. *Enfermería Global*. 2008; 12. Disponible en: <https://bit.ly/2N0KhrX>
8. Okumura JA, Maticorena DA, Tejeda JE, Mayta-Tristán P. Embarazo adolescente como factor de riesgo para complicaciones obstétricas y perinatales en un hospital de Lima, Perú. *Rev Bras Saude Mater Infant*. 2014; 14(4):383-392. Disponible en: <https://bit.ly/2OZoXuf>
9. Naz U. Comparison of obstetric outcome in terms of the risk of low birth weight, preterm delivery, cesarean section rate

- and anemia in primigravid adolescents and older primigravid. *J Coll Physicians Surg Pak*. 2014; 24(2):131-4. Disponible en: <https://bit.ly/2P2UOua> doi: 02.2014/JCPS. 131134.
10. Secretaría de Salud. Género y Salud en Cifras. 2008; 1(6). Consultado el 19 de febrero del 2010. Disponible en: <https://www.gob.mx/salud%7Cnegsr/documentos/revista-completa-genero-y-salud-en-cifras-volumen-6-no-1-enero-abril-2008>.
 11. Gómez-Mercado AC, Montoya-Vélez LP. Factores sociales, demográficos, familiares y económicos relacionados con el embarazo en adolescentes, área urbana, Briceño, 2012. *Revista de Salud Pública*. 2014;16(3):394-406. DOI: <https://bit.ly/2Lfk1TE>
 12. Odean I. Los Factores Sociales que Influyen en el Embarazo y en el uso de Anticonceptivos de Adolescentes en el Barrio 25 de Mayo, Maipú, Mendoza. Independent Study Project (ISP) 2012. Collection. Paper 1472. Disponible en: <https://bit.ly/2vBIRTU>
 13. Morilla BM, Morilla BÁF, Ortega PM, et al. La educación maternal ¿es un factor determinante en la salud materno infantil? *Evidentia*. 2009;6(27). Disponible en: <https://bit.ly/2FctHzk>
 14. Norma Oficial Mexicana, Para la Atención de la Mujer durante el Embarazo, Parto y Puerperio, y de la Persona Recién Nacida". NOM- 007-SSA2-2016. Diario Oficial de la Federación, 07 de abril del 2016.
 15. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de El Salvador. Guía para la consejería en la atención de adolescentes y jóvenes/Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. 1a.ed. San Salvador, El Salvador.: OPS; 2007.
 16. Ministerio de Salud del Gobierno de Chile. Guía Práctica Consejería en Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes Orientaciones para los equipos de Atención Primaria. 2016. Ministerio de Salud del Gobierno de Chile. Disponible en: <https://bit.ly/2vE0BxZ>
 17. Organización Panamericana de la Salud. Lineamientos y directrices de enfermería para la mejoría de la calidad de la atención prenatal en embarazos de bajo riesgo en América Latina y el Caribe (2004). Disponible en: <https://bit.ly/2B5IOoE>
 18. La Salud.mx. CIMIGEN, el hospital con la tasa más baja de muerte materna en México [Internet]. México. 2016. Disponible en: <https://bit.ly/2omaU5X>
 19. Comisión Interinstitucional de Enfermería. Código de ética para las enfermeras y enfermeros de México. México: Secretaría de Salud-IMSS-ISSSTE, 2001. p. 11-13. Disponible en: <http://bit.ly/RKTtTF>
 20. Diario Oficial de la Federación. Reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud, Capítulo I, Título Segundo. De los aspectos éticos de la Investigación. México, 1986. Disponible en: <https://bit.ly/1emJW3Q>
 21. Barbieri MC, Soares NT, Pimenta-Ferrari RA, de Oliveira-Demitto M, Mendes-Tacla MTG. The experience of motherhood: perception of women participants from prenatal groups. *Journal of Nursing UFPE On Line*. 2013;7 (9):5533-5540. DOI: 10.5205/reuol.3529-29105-1-SM.0709201322
 22. Centenaro DL, Marin AH, Da Silva PC, Golembiewski MM. ¡Llegó la hora! Expectativas y experiencias de parto de adolescentes embarazadas. *Revista de Psicología*. 2015;33 (2). Disponible en: <https://bit.ly/2LEa3XI>
 23. Azevedo WF, Diniz MB, Fonseca ESVB, Azevedo LMR, Evangelista CB. Complicações da gravidez na adolescência: revisão sistemática da literatura. *Einstein*. 2015;13(4): 618-626. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-45082015000400618&lng=en.
 24. Bendezú G, Espinoza D, Bendezú-Quispe G, Torres-Román JS, Huamán-Gutiérrez RM. Características y riesgos de gestantes adolescentes. *Rev peru ginecol obstet*. 2016; 62 (1):13-18. Disponible en: <https://bit.ly/2N0Gi7X>
 25. García-Salgado A, Sánchez-Chávez S, Mariano González-Aldeco P. Embarazo adolescente: resultados obstétricos. *Rev Hosp Jua Mex*. 2017;84(1): 8-14. Disponible en: <https://bit.ly/2MAV85v>
 26. Jiménez CM, Romero GE, García AMP, Bravo AC. Resultados obstétricos y perinatales de las gestantes adolescentes atendidas en el Hospital Central de la Defensa Gómez Ulla. *Sanid Mil*. 2017;73(3):158-161. Disponible en: <https://bit.ly/2NwLDTN>
 27. Humo J, Gracia MC. Effectiveness of prenatal care and education for pregnant adolescents: Nurse-midwifery intervention and team approach. *Journal of Nurse-Midwifery*. 1998; 33(4). Disponible en: <https://bit.ly/2LDuAeL>
 28. Mersal FA, Esmat OM, Khalil GM. Effect of prenatal counselling on compliance and outcomes of teenage pregnancy. *East Mediterr Health J*. 2013;19(1):10-7. Disponible en: <https://bit.ly/2PgmquU>
 29. Hernández PMC, Díaz-Gómez NM, Romero MAM, Díaz GJM, Rodríguez PV, Jiménez SA. Eficacia de una Intervención para mejorar conocimientos y actitudes sobre lactancia materna en adolescentes. *Rev Esp Salud Pública*. 2018; 92:18. Disponible en: <https://bit.ly/2PhCsoa>
 30. Noguera ON, Alvarado RH. Embarazo en adolescentes: una mirada desde el cuidado de enfermería. *Revista Colombiana de Enfermería*. 2012;7(7):151-160. Disponible en: <https://bit.ly/2rOI409>
 31. Ministerio de Salud. Plan Estratégico Nacional para la reducción de la Mortalidad Materna e Infantil 2009-2011. Buenos Aires, Argentina: Presidencia de la Nación; 2009. Disponible en: <https://bit.ly/2u3ulTe>
 32. Ministerio de Salud. Dirección General de Salud de las Personas. Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. Manual de Orientación y Consejería en Salud Sexual y Reproductiva. Lima, Perú: 2006.

Cómo citar este artículo / To reference this article:

Tapia-Martínez H, Jiménez-Mendoza A, Pérez-Cabrera I. *Consejería en Salud Sexual y Reproductiva*, estrategia educativa de enfermería para reducir riesgos en adolescentes embarazadas. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc*. 2019;27(1):23-32.