

Guías prácticas para el manejo de la gestante, la madre adolescente y sus descendientes.

Autores:

Dra. Rosa María Alonso Uría.

Dra. Francisca Cruz Sánchez.

Dra. Beatriz Rodríguez Alonso.

La Habana
2012

INFORMACIÓN SOBRE LAS AUTORAS:

Dra. Rosa María Alonso Uría Doctora en Medicina (1968). Especialista de 2^{do} Grado en Neonatología. Especialista 1^{er} Grado de Pediatría. Profesora Titular y Consultante del Departamento de Pediatría de la Facultad de Ciencias Médicas “Dr. Miguel Enríquez”. Máster en Atención Integral al Niño. Investigadora Auxiliar. Es presidenta de los tribunales estatales nacionales de categorías docentes y de especialidad en Pediatría y Neonatología. Ha publicado diferentes artículos científicos, folletos y libros relacionados con la especialidad, y específicamente, el tema que se aborda en este manual. Ha participado en numerosos eventos científicos nacionales e internacionales; así como, ha recibido e impartido cursos. Es la presidenta del Comité Académico de la Maestría de Atención Integral al Niño en la Facultad y la Coordinadora del Diplomado Educación Integral a la Madre Adolescente.

Dra. Francisca Cruz Sánchez. Especialista de Primer y Segundo Grado en Pediatría, Profesora Auxiliar de Pediatría, Facultad de Ciencias Médicas Finlay-Albarrán, La Habana. Máster en Atención Integral al niño. Presidenta de la Sección de Adolescencia de la Sociedad Cubana de Pediatría. Miembro directivo de la Confederación de Adolescencia y Juventud de Iberoamérica y el Caribe (CODAJIC), Representante de Cuba en el Comité de Adolescencia de ALAPE.

Dra. Beatriz Rodríguez Alonso. (La Habana, 1965). Doctora en Medicina (1989). Especialista de 1^{er} Grado en Medicina General Integral. Especialista de 2^{do} Grado en Higiene y Epidemiología. Profesora Auxiliar de la Facultad de Ciencias Médicas “Dr. Miguel Enríquez”. Diplomada en Educación Popular y Trabajo Comunitario. (2000). Investigadora Auxiliar. Máster en Salud Pública. Funcionaria del Centro Nacional de Promoción y Educación para la Salud. Ha publicado diferentes artículos científicos, folletos y libros relacionados con la especialidad, ha participado en numerosos eventos científicos nacionales e internacionales; así como, ha recibido e impartido cursos.

COLABORADORES:

Dr. Roberto Álvarez Fumero: Especialista de I grado en Pediatría. Profesor Auxiliar. Máster en Atención Integral al niño. Jefe del Departamento Materno Infantil Nacional. Ministerio de Salud Pública (MINSAP)

Dra. Omayda Safora Enríquez.: Especialista en Segundo grado en Ginecología y Obstetricia. Profesora Auxiliar Facultad “Calixto García”. Máster en Atención integral a la mujer. Investigadora agregada. Presidenta de la Sección de Ginecología infanto-juvenil y salud sexual y reproductiva de la adolescencia.

Dra. Marisol Ravelo Elvirez Doctora en Medicina. Especialista 1^{er} Grado en Medicina General Integral. Profesora Instructora. Funcionaria del Centro Nacional de Promoción y Educación para la Salud.

Dra. Milagros Santacruz Domínguez Especialista 1^{er} grado de Pediatría. Profesora Asistente Facultad de Ciencias Médicas “Dr. Miguel Enríquez”. Máster en Urgencias Medicas Funcionaria del Programa Materno Infantil dirigido a la atención al adolescente del Ministerio de Salud Pública (MINSAP).

INTRODUCCIÓN

El embarazo en la adolescente constituye una situación muy especial, pues se trata de mujeres que, por su configuración anatómica y psicológica, aún no han alcanzado la madurez necesaria para cumplir el rol de madre lo cual repercutirá en el desarrollo futuro de sus hijos.

El incremento en el índice de embarazos entre adolescentes en las últimas décadas es considerado un problema de salud pública, ya que provoca consecuencias en la esfera emocional de la joven, así como en la social y la económica. Esta situación repercute también en la salud de ella y la del recién nacido, aumentando el riesgo de morbilidad y mortalidad de ambos, y aún más cuando el embarazo se produce en un momento cercano a la menarquía.¹

El embarazo en la adolescente es una crisis que se superpone a la crisis de la adolescencia. Comprende profundos cambios somáticos y psicosociales con incremento de la emotividad y acentuación de conflictos no resueltos anteriormente.

Si la adolescente no está preparada para ser madre, menos lo estará el varón para ser padre especialmente porque, en la cultura en que se da la maternidad adolescente, es muy común que el varón se desligue de su papel y las descendencias pasan a ser criadas y orientadas por mujeres.

Al recibir la noticia de su paternidad, el varón se enfrenta a todos sus mandatos personales, sociales y a sus carencias, exacerbándose todo ello por altruismo, lealtad, etc. como también por su dependencia económica y afectiva. Por ello, busca trabajo para mantener su familia, y abandona sus estudios, postergando sus proyectos a largo plazo y confunde los de mediano con los de corto plazo, comenzando a vivir las urgencias. A todo esto se agrega el hecho de que la adolescente embarazada le requiere y demanda su atención, cuando él se encuentra urgido por la necesidad de procuración.

Por ello es que el equipo de salud deberá trabajar con el padre adolescente, estimulando su compromiso con la situación,

Para la madre adolescente es frecuente el abandono de los estudios al confirmarse el embarazo o al momento de criar al hijo, lo que reduce sus futuras oportunidades para lograr buenos empleos y posibilidades de realización personal al no cursar carreras de su elección. También le será muy difícil lograr empleos permanentes con beneficios sociales.

Las parejas adolescentes se caracterizan por ser de menor duración y más inestables, lo que suele magnificarse por la presencia del hijo, ya que muchas se formalizan forzosamente por esa situación.

Para el hijo de la madre adolescente tienen un mayor riesgo de bajo peso al nacer, dependiendo de las circunstancias en que se haya desarrollado la gestación. También se ha reportado una mayor incidencia de "muerte súbita". Tienen un mayor riesgo de sufrir abuso físico, negligencia en sus cuidados, desnutrición y retardo del desarrollo físico y emocional. Muy pocos acceden a beneficios sociales, especialmente para el cuidado de su salud, por su condición de "extramatrimoniales" o porque sus padres no tienen trabajo que cuenten con ellos.

CONTROLES DE SALUD.

Debe considerarse que los controles de salud se tornan momentos de especial importancia para brindar las herramientas que incidan en una mejor salud tanto de los y las adolescentes como de sus hijos e hijas. Estos controles tienen continuidad, pues comienzan durante la gestación, siguen en la atención del parto y puerperio, y luego en los controles de salud de los niños y las niñas.

A continuación se desarrollan recomendaciones para implementar en los tres momentos.

I- Gestación–controles prenatales

Para el ejercicio de una maternidad de calidad se requiere que la madre adolescente cuide su calidad de vida. Para ello recomendamos incluir esta dimensión en los programas destinados a trabajar con sistemas donde ha ocurrido una gestación con padres en edad adolescente, relevando la doble finalidad: el autocuidado y vida saludable de la madre, así como el supuesto de que madres y padres con mejor calidad de vida serán mejores cuidadores de sus hijos e hijas.

Por ende, es esencial capacitar al personal de salud ubicado en todos los niveles que incluyen en sus actividades y funciones la atención a los y las adolescentes y deben respetar los procesos que están viviendo. El considerar la vinculación madre–hijo/a y padre-hijo/a en los controles de gestación es en sí una acción de protección al futuro recién nacido/a de adolescentes.

Por ello se sugieren las siguientes orientaciones:

1. Personal de atención: se recomienda que el personal médico que atienda a la adolescente, su pareja y familia a lo largo de toda la gestación sea el mismo. Por ser esto difícil de implementar, se sugiere que cada profesional que atienda a la adolescente y su familia registre en detalle la información que obtiene en la historia clínica antes descrita, para que de ese modo pueda haber seguimiento de los casos y no se pierda la valiosa información de cada consulta. Esta historia será de especial importancia para conocer cada caso y potenciar una integración entre los distintos niveles de atención.

2. Primer contacto con el consultorio (toma de hora): En el momento de dar hora para la primera consulta, si se ha detectado que se trata de una gestante adolescente (GA), se debe estimular a la joven a que acuda con su pareja–padre de su hijo/a, destacando los beneficios de ello. Se debe considerar a la pareja de la madre adolescente e incorporarlo en la red de cuidados lo más pronto posible pues permite:

- Fortalecer la relación de pareja, facilitándoles las posibilidades de crecimiento en asumir la paternidad y maternidad amorosa y responsable.
- Iniciar una vinculación positiva con la futura descendencia, que puede ser muy beneficiosa para el bebé, ya que permite incluir al padre en el círculo de cuidados y protección, favorece el establecimiento de una imagen paterna cercana y amorosa, garantiza una vinculación sólida entre padre e hijo/a, opera como factor protector frente al maltrato y/o abandono paterno, además de los beneficios para la adolescente de la compañía de la pareja en la evolución favorable del embarazo desde el ámbito psicológico

Si la adolescente va a acudir con otra persona (ej. su madre), se sugiere informarle por anticipado que ella entrará sola primero, para no generar falsas expectativas en los/as familiares que la acompañen.

3. La primera consulta prenatal: es un momento clave para entregar información y herramientas a la adolescente y su pareja para poder enfrentar el proceso de gestación y la futura maternidad/paternidad. El primer contacto que una adolescente (y su pareja) tenga con un/a profesional de salud durante su gestación, será esencial para apoyar el proceso que está viviendo; es muy importante que sea tratada con mucho afecto y comprensión. Esto implica el evitar que sean descalificados/as o tratados/as como personas inmaduras, irresponsables o muy jóvenes para cuidar de un hijo/a. Actitudes como esas sólo dificultan el proceso que están viviendo y la conquista de su auto-confianza, que es esencial para desarrollar habilidades de cuidado.

Es fundamental que la madre adolescente y el padre (sea o no adolescente) adquieran seguridad y confianza en sí mismos, siendo valorizados en sus cualidades para ser independientes. En especial, es necesario promover que las abuelas/os actúen como colaboradores en los cuidados y crianza de los bebés, y no de segundas madres o padres de los nietos/as.

- La primera consulta debe ser realizada por personal médico especializado en adolescencia, con habilidades de escucha, respeto y acogida. Deben participar la adolescente y su pareja en una consulta donde puedan expresar lo que están viviendo y sintiendo.

En caso de acudir las abuelas/os de la adolescente u otro familiar (diferente del padre del bebé), se le hará entrar en segunda instancia, con el fin de que la adolescente (y su pareja) sea fortalecida en su posición de gestante y de futura madre. Esto debido a que cuando la adolescente gestante es acompañada por su madre, el papel protagónico puede ser de la última, dejando sin espacio a su hija adolescente gestante.

- La consulta debe ser más prolongada que las consultas normales, de ½ hora a 45 minutos aproximadamente, permitiendo que la adolescente (y su pareja) se sientan segura/os y apoyada/os, dando espacio para que exponga/n sus ambivalencias y miedos. Se recomienda tomar la mayor parte de este tiempo en escuchar y conversar, y sólo los últimos minutos en examinar a la adolescente (a menos que se presente algún síntoma que requiera de examen urgente).
- Si la gestante es de alto riesgo, se le debe dar una atención especializada con los/as profesionales adecuados/as, ya sean del campo obstétrico/nutricional–endocrino, de salud mental, o de asistencia social.
- Es importante que la atención prenatal sea personalizada, de preferencia que siempre sea la misma profesional que atienda los controles.

4. Otras consultas:

- Tras la primera consulta, fijar la próxima cita con la madre o familiar/es responsable/s de la adolescente y de su pareja en caso de ser también adolescente, para evaluar cómo es y será el apoyo familiar y todas las variables de la situación gestacional.

- Controles prenatales más frecuentes que en una gestación posterior a la adolescencia, en los que se fomente la asistencia de la adolescente y de su pareja; para apoyar la gestación adolescente y poder evaluar situaciones vulnerables que requieran de otros tipos de apoyo. Esto permitirá la derivación oportuna a especialistas (psicólogos/as, asistentes sociales, etc.).

Promover en los controles la participación del padre en el parto, entregándole herramientas para vivir el evento prestando apoyo a su pareja. Si la adolescente gestante no tiene compañero presente, es importante que ella escoja a alguien de toda su confianza para que sea su acompañante durante el parto, donde ella se sienta amada, cuidada y respetada.

- Durante el último trimestre de la gestación, programar:

Una consulta donde se integre a la familia que cuidará del recién nacido/a, se converse y entreguen herramientas para que la gestante y/o su pareja sean respetados y valorados en su condición de futura madre y padre.

5. Talleres/grupos:

- Además de los controles, se recomienda que los/as adolescentes participen de programas/talleres especialmente diseñados para apoyar el proceso de la gestación adolescente y ayudarlos a desarrollar herramientas y competencias para el cuidado de sus hijos/as. Estos talleres deben tener un enfoque interdisciplinario e integral, fomentando el apego y vínculo temprano con los/as bebés e integrando a los padres en el proceso como actores importantes.
- Ofrecer a los/as adolescentes gestantes grupos de apoyo para adolescentes en la misma condición de madres y padres en la adolescencia. Puede ser grupos diferenciados por género, o grupos mixtos o de parejas. La adolescente embarazada y su pareja necesitan tener un espacio en que pueda expresar y compartir sentimientos, dudas, temores con respecto a la gestación y al futuro. Asimismo este dispositivo permite el fortalecimiento y creación de nuevas redes.

6. Atención de parto, puerperio y recién nacido.

La adolescente que va a dar a luz un hijo/a necesita de una asistencia afectiva y humanizada en el parto que refuerce los aspectos positivos del proceso en lugar de fortalecer las discriminaciones que las adolescentes han vivido por el hecho de su gestación. Si la embarazada adolescente y su pareja —en caso de estar presente—reciben apoyo familiar, afecto, asistencia multiprofesional, personalizada e humanizada, que considere sus aspectos físicos, psicológicos y sociales durante la gestación, parto y post parto, tendrán herramientas para revertir la situación en afecto y amor para con el hijo/a.

Se proponen las siguientes medidas:

- Que exista una comunicación del personal médico de atención primaria con la de nivel terciario, para seguir dándole el apoyo que los/as adolescentes necesitan en el trabajo de parto.
- Respetar el derecho a un parto en privacidad física y emocional: crear un ambiente de intimidad y seguridad para la adolescente a través de:
- La participación de la pareja de la adolescente durante el parto, y en caso de no estar presente de alguna otra figura de confianza externa al personal médico;
- Para estimular la tranquilidad y seguridad de la adolescente, se recomienda que estén acompañadas por los mismos/as profesionales durante el parto y posparto;
- Durante la estadía en el hospital, se recomienda que los/as profesionales médicos y paramédicos respeten a la adolescente en su calidad de madre, estimulándola, apoyándola, y evitando las descalificaciones. Lo mismo se aplica al padre del bebé y otros familiares.
- Antes de dar el alta se recomienda hacer una reunión-consulta con la madre adolescente, su pareja y los/as familiares que los acompañarán en la etapa de post parto en domicilio, así el/la adolescente seguirá sintiendo el apoyo afectivo, pero sin interferencias ni descalificaciones.

- Seguimiento por consulta para la madre, padre e hijo/a a los 10 días de alta, para observar la triada —o díada en caso de no haber un padre presente—, la relación psicoafectiva, amamantamiento, apoyo familiar, integración de la pareja y reforzar conocimientos, habilidades y apoyo.
- Realizar visita al hogar para evaluar el entorno familiar y desempeño de la o de los nuevos roles de mamá—papá—abuelos/as—otros cuidadores/as, y apoyar en el fomento de las habilidades para el cuidado del/a bebé y en la delimitación de responsabilidades del cuidado.

Tras el nacimiento de un hijo/a los progenitores y sus redes de apoyo comienzan a desplegar las habilidades necesarias para iniciar la crianza. Una intervención adecuada con personal con una preparación específica en la situación conflictiva de la madre adolescente, permitirá una buena lactancia, detección precoz de enfermedades del recién nacido, enseñar y reforzar actitudes de maternidad y paternidad, apoyar en el entorno familiar, y dejar establecido un diagnóstico social, dejando una vía de acción para enfrentar y prevenir problemas futuros.

Es fundamental el enfoque psicológico, ya que en este período es más fácil detectar el riesgo relacional del binomio madre—hijo/a y del trinomio madre—padre—hijo/a. Con ello es posible predecir y prevenir apego seguro e inseguro, depresión materna o disforias transitorias en la madre y riesgo de maltrato y abandono infantil.

II- Control del hijo/a de madre/padre adolescente

La madre adolescente tiene mayor riesgo de apego inseguro y destete precoz y con ello de que su hijo/a presente todas las patologías que esto trae asociado en lo psicológico como tipos de maltrato y abandono, y en lo físico como desnutrición infantil, diarreas, enfermedades respiratorias, alergias, etc.

Es importante que exista un contacto estrecho con los equipos de salud a través del consultorio. El incluir apoyo psicológico y social en el consultorio será de vital

importancia en todas las tareas que deben desarrollarse con el trinomio madre–padre–hijo/a (o binomio madre–hijo/a en caso de no haber padre presente).

El primer mes de vida resulta muy importante para consolidar una buena lactancia, detectar desde el inicio problemas de apego y conflictos familiares y de pareja. Los/as profesionales a cargo del cuidado de la madre, el niño/a y sus redes de apoyo deben tener experiencia en detectar alteraciones de la vinculación, hacer un diagnóstico y derivar oportunamente al psicólogo o psiquiatra para el manejo de alteraciones en el apego. El ideal es que a los controles acuda la madre y el padre —en caso de estar presente— para fomentar actitudes de cuidado en ambos.

- **Primer Control:** es importante iniciar los controles precozmente, y se recomienda un primer control a las 48–72 horas post–alta para evitar la hipoalimentación y la aparición de ictericias patológicas. También se le ayuda a la madre y/o padre con el temor inicial de vuelta a casa, donde puede no haber una buena acogida.
- **Segundo Control:** debe ser dentro de los 10 a 15 días de vida, para evaluar lactancia y técnicas de amamantar. Todo ello evita grietas del pezón y mejora autoestima y seguridad materna, lo que impacta en el bebé.
- **Tercer Control:** al mes de vida: en este control ya es posible establecer una visión de cómo está la adaptación de los adolescentes en sus nuevos roles y como va evolucionando la salud del hijo/a. La ganancia de peso, los problemas de amamantamiento, las grietas del pezón, el estado emocional de la madre y sus redes de apoyo, sus comentarios hacia el niño/a. Es posible en este período detectar problemas de vinculación, al poner atención en el estado emocional de la madre y de otros cuidadores, cómo miran al bebé, el tiempo que lo/la miran, como se dirigen a él/ella, como lo/la visten, etc.
- **Próximos controles:** deben ser una vez al mes. Para evaluar la curva de peso, la talla, la circunferencia de cráneo, el desarrollo psicomotor, cumplir el calendario de vacunación y dar apoyo a la madre, padre y los cuidadores en las dudas que

surjan con el bebé. En los hijos/as de madre adolescente estos controles son de particular importancia, dada la mayor frecuencia que tiene este grupo de destete precoz, de desnutrición, de alteraciones en el desarrollo psicomotor, de enfermar. El apoyo precoz a la gestante, su pareja y sus redes de apoyo y el acompañamiento efectivo en todo este período tiene un efecto protector para el niño/a.

La intervención que pueda hacer el equipo de salud en la familia será de vital importancia, ya que sólo es posible que una madre y padre tengan actitudes de atención y protección adecuadas, sanas y amorosas, si cuentan con el apoyo en todas las dimensiones necesarias. Solo de esa forma, una familia que siente el respaldo institucional podrá desplegar sus mejores cuidados al niño/a que llega a este mundo.

Como ya se ha explicado anteriormente el período posnatal debe extenderse por los primeros 6 meses de vida del neonato/a. Pero, es importante en la madre adolescente considerar sus propias necesidades, básicamente no perder su autonomía y su rol de estudiante, siempre que un adulto que pueda cuidar al niño/a en la casa, pudiendo así, ella retomar sus estudios e incorporarse al mundo laboral, según el caso.

En resumen:

El equipo que atenderá a este grupo riesgo debe desde el primer momento, tratar con amabilidad, respeto a la adolescente, no juzgará ni emitirá críticas ni juicios, en cambio como proveedores de salud, brindarán todas las orientaciones necesarias para lograr la comprensión de los riesgos, la educación, el apoyo emocional y la preparación para lograr un exitoso embarazo, parto, puerperio, lactancia materna y crianza de su descendencia. Este equipo deberá estar integrado por:

- Médico General Integral:

1. Captación y Seguimiento según programa, extenderá la orientación a la paciente, y familiares.
2. Deberá conocer la participación de la escuela y el vínculo de ésta con la gestante, al menos 1 de los terrenos será a la escuela y conocerá las condiciones.
3. Desarrollará el Programa de Maternidad y Paternidad Responsable y expresará en el tarjetón cuando ya esté preparada.
4. Deberá informar a las especialistas de la Federación de Mujeres Cubanas (FMC), quienes trazarán estrategias de apoyo a la familia de conjunto con el sector salud y otros organismos y organizaciones vinculados con el abordaje del problema.

- Especialista en Ginecología y Obstetricia:

1. La Evaluación y Reevaluación deben contar con la evaluación nutricional informada por el Pediatra (Tabla A), el incremento del peso según consenso de Obstetricia (Tabla C) y la Tensión Arterial según talla y edad, si es menor de 17 años, con los valores de referencia del 50pc, 95 y 99 pc, (Tabla D) que sirvan de medidores y faciliten el seguimiento y diagnóstico de Enfermedad Hipertensiva de la Gestación, a partir del 95pc y considerar la pre-eclampsia grave a partir del 97pc.

Por lo que deberá mostrarse en lugar visible del tarjetón por el riesgo del sub-registro de esta afección sino se manejan estos valores y por supuesto mayor riesgo de morbilidad si se le ajustan los valores predeterminados para las adultas y mayores de 18 años.

2. Durante el puerperio se deben vigilar modificaciones fisiológicas acordes al consenso de Obstetricia, explicar a pacientes, y familiares si menor de 18 años.

- Neonatólogo:

1. Deberá cerciorarse de la adecuada técnica de amamantamiento, del conocimiento recibido, del apoyo familiar al recién nacido y su madre adolescente, brindando orientación a madres y familiares de primer orden reforzando en la higiene del recién nacido, la lactancia materna exclusiva y la prevención de lesiones no intencionales (mal llamados accidentes).

- Pediatra:

1. Para la evaluación nutricional durante el embarazo atendiendo a la edad de la gestante varían los puntos de corte, y deben de expresarse según libro de puericultura (Tabla A) y no según Consenso de Obstetricia (Tabla B); de lo contrario, difiere según la valoración nutricional para su edad.

Tabla A						
Edad	3pc	10pc	25pc	75pc	90pc	97pc
10	13,1	14	15	17.5	19.5	22.5
11	13.5	14.5	16	18	20.5	23
12	14	15	16	19	21.5	24.5
13	14.5	15.5	16.8	20.2	22.1	25.5
14	15.5	16	17.5	21	23	26
15	16	17	17.7	22	23.6	26.2
16	16.5	17.5	18.8	22.5	24.5	27
17	16.7	17.8	19	22.9	25	28
18	Similar a adultos					

Tabla B		
Clasificación nutricional	Embarazada adolescente	Embarazada adulta
Peso deficiente	Menos de 19.8	Menos de 18.9
Peso adecuado	19.8 a 26.0	18.9 a 25.5
Sobrepeso	26.1 a 29.0	25.6 a 28.5
Obesidad	Mayor de 29	Mayor de 28.5

En cuanto a la ganancia de peso en todo el embarazo, debe mantenerse la del consenso actual de Obstetricia.

Tabla C		
Clasificación nutricional	Embarazada adolescente	Embarazada adulta
Peso deficiente	12.5-18 kg	14.2 kg
Peso adecuado	11.5-16.0 kg	12.8 kg
Sobrepeso	7.0 -11.5 kg	11.2 kg
Obesidad	6.0 kg	5.8 kg

Edad/ años	TABLA D Talla	pc/TA		
		Ideal 50pc	EHG 95pc	PEG 99pc
13	145	104/62	121/80	128/87
	157	107/63	124/84	132/89
	168	110/65	128/83	135/91
14	149	106/63	123/81	130/88
	160	109/63	126/82	133/90
	171	112/66	129/84	136/92
15	151	107/64	124/82	131/89
	161	110/65	127/83	134/91
	172	113/67	131/85	138/93
16	151	108/64	125/82	132/90
	162	111/66	126/84	135/91
	173	114/68	132/86	139/93
17	152	108/64	125/82	133/90
	162	111/66	129/84	136/91
	173	115/68	132/86	139/93
Aproximado en 17 o menos años		115/70	125/85	135/90
18	Similar a adultos PAM mayor 105 mmHg			

-
-

- Licenciada de Enfermería
 1. Deberá orientar a la adolescente, partiendo siempre de la primera pregunta ¿Qué le preocupa?, a partir de ésta introducirá todos los temas bien detallados que respondan al programa de Maternidad y Paternidad responsable, hará énfasis en los riesgos de los adolescentes, insistirá en la nutrición, los síntomas de anemia, pre eclampsia, amenaza de parto pre término y apoyará emocionalmente.

- Psicólogo:
 1. Explorará si es madre soltera, si el embarazo es deseado o no, si es aceptado por la gestante, por los familiares o por la pareja; la repercusión en su estado de ánimo, en la escuela,
 2. Brindar el coeficiente intelectual, y conocer toda modificación tanto de la conducta, crisis transitorias, probabilidades de psicosis puerperal, intento suicida, expresar un DIAGNÓSTICO y PRONÓSTICO, que le permita al personal establecer acciones.
 3. La consulta será en el 1er y 3er trimestre para un adecuado seguimiento o en caso que las necesite, todas las planificadas por el equipo.

- Estomatólogo
 1. Acorde al programa y reflejará en el tarjetón, las necesidades de seguimiento, se mostrará el estado actual de la dentición, no sólo el alta.

- Epidemiólogo
 1. Tendrá a cargo el análisis epidemiológico en el área de salud de la morbilidad y mortalidad de las madres adolescentes e hijos, lo que permitirá realizar estrategias.

- Servicio Social
 1. Describirá situación económica, financiamiento del binomio madre adolescente e hijo.
 2. Condiciones y funcionamiento del hogar, y emitirá su criterio como riesgo social o no.

Para lograr esto, necesitamos además:

- Tener un espacio físico adecuado para la atención personalizada.
- Garantizar la atención por profesionales que puedan acercarse a la problemática.
- Incluiremos en esta educación continua a su pareja y su familia siempre que sea posible.

Consulta especializada en la atención a la gestante adolescente:

Propósitos:

1. Asegurar la salud integral de la gestante adolescente que permita la minimización de los riesgos biológicos, psicológicos y sociales y el logro de un nacimiento saludable.
2. Disminuir la morbilidad y mortalidad maternas.
3. Disminuir la morbilidad infantil en el hijo de madre adolescente.
4. Preparar a la futura madre y padre en la atención y cuidado responsable hacia la salud de su descendiente.
5. Insertar a la adolescente en el estudio, trabajo o ambos.

Actividades organizativas:

Esta consulta debe establecerse en cada área de salud o municipio, en dependencia de las características socio demográficas y epidemiológicas de cada territorio.

Debe existir una relación directa con las unidades de atención secundaria que complemente la atención personalizada a la gestante adolescente.

Debe contar con un equipo multidisciplinario que permita la educación integral a la gestante adolescente, pareja y familia, en caso de requerirse.

El jefe del equipo será un Especialista en Medicina General Integral con Diplomado en Educación Integral a la Madre Adolescente, pudiendo estar orientado en caso necesario, por el ginecoobstetra, pediatra u otro personal del Equipo Básico de Salud, quienes también deben estar graduados de este diplomado.

El jefe del equipo debe informar periódicamente al hospital de referencia el estado de las gestantes adolescentes y cualquier característica de interés que contribuya a mejorar la atención a este grupo de riesgo.

En las consultas especializadas debe abordarse:

- La responsabilidad y el autocuidado con su salud y la de su descendiente.
- La responsabilidad que entraña al ser futura madre y padre.
- Preparación psicobiológica para el parto y puerperio.
- Alimentación y nutrición de la gestante; así como los factores de riesgo nutricional.
- Cuidado de las mamas y preparación para la lactancia materna como mejor alimento para su hijo/a.
- Preparación con las técnicas de amamantamiento e importancia de la lactancia materna exclusiva.
- Preparación para la utilización de la extracción manual y almacenamiento de la leche materna.

- Uso y consumo de medicamentos y sustancias que promuevan la adicción (tabaco, alcohol, drogas ilícitas, entre otras).
- Preparación en conocimientos y habilidades en el cuidado y la atención a su hijo: alimentación y nutrición del recién nacido, cuidados del recién nacido, importancia de la inmunización para la prevención de enfermedades infecciosas.

Debe perfeccionarse el sistema estadístico para que se brinde información sobre las gestantes adolescentes del país que contribuya a la toma de decisiones oportunamente.

Un gran problema que tenemos en el sistema estadístico de las maternidades es que no se informan las cifras según clasificación por la OMS de las adolescentes sino todos los datos lo dan menores de 20 años y no es igual el comportamiento de la gestación en la adolescencia temprana que en la tardía

Indicadores para la evaluación del trabajo educativo en las consultas:

- No. de consultas funcionando satisfactoriamente/total de consultas establecidas x 100
- Proporción de gestantes adolescentes que están capacitadas para el amamantamiento.
- Proporción de gestantes adolescentes preparadas para la extracción manual de la leche materna.
- Índice de gestantes fumadoras y no fumadoras.
- Índice de gestantes que consumen alcohol y que no consumen alcohol.
- Índice de gestantes que consumen drogas ilícitas.
- Índice de gestantes que tienen una dieta saludable.
- Índice de gestantes que aceptan el embarazo.

(Es necesario conocer los datos de partida de cada indicador para poder comparar posteriormente)

Atención a la madre adolescente y sus hijos

El equipo que atenderá a este grupo riesgo debe estar integrado por:

- Médico General Integral
- Especialista en Ginecología y Obstetricia
- Neonatólogos
- Pediatra
- Licenciada de Enfermería
- Psicólogo
- Epidemiólogo
- Servicio Social

Para lograr esto, necesitamos además:

- Tener un espacio físico adecuado para la atención personalizada.
- Garantizar la atención por profesionales que puedan acercarse a la problemática.
- Incluiremos en esta educación continua a su pareja y su familia siempre que sea posible.

Consulta de Puericultura Especializada en la atención a la madre adolescente y su descendiente:

Propósitos:

1. Educar a la madre adolescente en la atención integral y cuidado de su descendiente que contribuya al crecimiento y desarrollo de niños/as sanos, así como a la reinserción social de ellas.
2. Preparar a la madre adolescente en conocimientos y habilidades sobre nutrición y alimentación sana hasta el 3er año de vida enfatizando en la utilización de la lactancia materna exclusiva.
3. Adiestrar a la madre adolescente en el crecimiento, desarrollo, y estimulación de habilidades hasta el 3er año de edad.

4. Disminución de la morbilidad y mortalidad en el hijo de madre adolescente enfatizando en la prevención de lesiones no intencionales y maltrato infantil.
5. Fomentar en la madre adolescente la responsabilidad y el cuidado con su salud y la de su descendiente.

Actividades organizativas:

Esta consulta debe establecerse en cada área de salud o municipio u hospital Ginecoobstétrico, en dependencia de las características socio demográficas y epidemiológicas de cada territorio.

Debe existir una relación directa con las unidades de atención secundaria que complemente la atención personalizada a la madre adolescente y su hijo/a.

Debe contar con un equipo multidisciplinario que permita la educación integral a la madre adolescente, su descendiente, pareja y familia, en caso de requerirse.

Los profesionales que desarrollan la consulta deben aplicar el programa educativo “Educación Integral a la madre adolescente” que preparará a las madres en la atención y cuidado del hijo/a. Este programa puede adaptarse según las necesidades de conocimientos y prácticas que tengan dichas madres.

El jefe del equipo será un Especialista en Medicina General Integral con Diplomado en Educación Integral a la Madre Adolescente, pudiendo estar orientado en caso necesario, por el ginecoobstetra, pediatra u otro personal del equipo básico de trabajo, quienes también deben estar graduados de este diplomado.

El jefe del equipo debe informar periódicamente al PAMI del territorio el estado de las madres adolescentes y sus hijos; así como cualquier información de interés que contribuya a mejorar la atención a este grupo de riesgo.

Debe perfeccionarse el sistema estadístico para que se brinde información sobre las madres adolescentes e hijo/as del país que contribuya a la toma de decisiones oportunamente.

BIBLIOGRAFÍA

- Colectivo de autores. Programa Nacional de Salud para la Atención Integral en la adolescencia. Departamento Materno Infantil y Planificación Familiar. Ministerio de Salud Pública, La Habana, 2012.
- Cruz Sánchez F, Molina Morejon.M.de la C y cols. Adolescencia y Necesidades. REMN 9:3046-3057, 2008.
- Peláez Mendoza J (2007): Ginecología pediátrica y de la adolescente. Temas para el médico de familia Editorial Científico-Técnica
- Peláez Mendoza J (2007): Controversias y aspectos novedosos sobre anticoncepción. Editorial Científico-Técnica. La Habana
- Luengo, X. y González, E. (2003) Hijos de madres adolescentes. En Molina, R., Sandoval, J. y González, E. (eds) Salud Sexual y Reproductiva en la Adolescencia. Chile: Mediterráneo.
- Maddaleno, M., Morillo, P. y Infante, F. (2003) Salud y Desarrollo de Adolescentes y Jóvenes en Latinoamérica y El Caribe: Desafíos para la Próxima Década. Salud Pública de México. Vol 1, suplemento 1. 132–139.
- Maddaleno, M. y Schutt–Aine, J. (2003) Salud sexual y desarrollo de adolescentes y jóvenes en las Américas: Implicaciones en Programas y Políticas. Washington: OPS. Disponible en línea: <http://www.adolec.org/pdf/SSRA.pdf>
- Pomata J B, Fernández S, Rey P, Malisani L, Palonsky C, Ledesma A, Fenucci C, Gonzalez M A, Rimoli D, Quirogui M J, Outes M, Trungadi M, Vilar M. Guías y recomendaciones para la atención de la adolescente

embarazada y su hijo Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá 2006; Vol 25 (1): 88-89.

- Rodríguez, J. (2005). Reproducción en la adolescencia: el caso de Chile y sus implicaciones de política. Revista de la CEPAL N° 86, agosto.
- Romero, S. y Salinas, L. (2005) Sistematización de Experiencias de Cuidado Infantil Temprano. Serie Reflexiones Infancia y Adolescencia No 3. Santiago de Chile: UNICEF.
- Sadler M, Aguayo F. (2006) Gestación adolescente y dinámicas familiares. Estudio de las dinámicas familiares en familias de padres y madres adolescentes. Centro interdisciplinario de estudios del género (CIEG) Universidad de Chile. Santiago.