



EL EMBARAZO ADOLESCENTE: FACTORES, RIESGOS Y EL PAPEL DE LA ENFERMERÍA EN LA PREVENCIÓN

TEENAGE PREGNANCY: FACTORS, RISKS AND ROLE OF NURSING IN PREVENTION

NOMBRE DEL AUTOR: LUCÍA VILLORIA LLATA
NOMBRE DEL DIRECTOR: VIRGINIA TERÁN RODRIGUEZ
CURSO 2021-2022
UNIVERSIDAD DE CANTABRIA. FACULTAD DE ENFERMERÍA



AVISO RESPONSABILIDAD UC

Este documento es el resultado del Trabajo Fin de Grado de un alumno, siendo su autor responsable de su contenido. Se trata por tanto de un trabajo académico que puede contener errores detectados por el tribunal y que pueden no haber sido corregidos por el autor en la presente edición. Debido a dicha orientación académica no debe hacerse un uso profesional de su contenido.

Este tipo de trabajos, junto con su defensa, pueden haber obtenido una nota que oscila entre 5 y 10 puntos, por lo que la calidad y el número de errores que puedan contener difieren en gran medida entre unos trabajos y otros. La universidad de Cantabria, el Centro, los miembros del Tribunal de Trabajos Fin de Grado, así como el profesor tutor/directos no son responsables del contenido último de este trabajo.

ÍNDICE

<i>RESUMEN</i>	4
<i>ABSTRACT</i>	4
<i>1. INTRODUCCIÓN</i>	5
<i>2. JUSTIFICACIÓN DE LA ELECCIÓN DEL TEMA</i>	7
<i>3. OBJETIVOS</i>	7
<i>4. METODOLOGÍA</i>	7
<i>5. ORGANIZACIÓN Y ESTRUCTURA</i>	8
<i>CAPÍTULO 1: FACTORES Y CONDUCTAS DE RIESGO QUE INFLUYEN EN EL EMBARAZO ADOLESCENTE</i>	8
<i>CAPÍTULO 2: RIESGOS MATERNO- INFANTILES</i>	11
2.1 Complicaciones durante el proceso de parto	11
2.2 Complicaciones durante la gestación	12
2.3 Complicaciones en el recién nacido	12
<i>CAPÍTULO 3: EDUCACIÓN AFECTIVO- SEXUAL Y EL PAPEL DE LA ENFERMERÍA</i>	14
3.1 Papel de la enfermería en la prevención	16
3.2 Papel de la enfermería en la adolescente gestante	17
<i>6. CONCLUSIONES</i>	20
<i>7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</i>	21

RESUMEN

Una realidad que puede apreciarse en la sociedad actual es el embarazo adolescente. Es tal su impacto, y su incremento, que ha pasado a ser considerado un problema de salud pública, especialmente, en aquellos países subdesarrollados. Son numerosos los factores predisponentes que aumentan la probabilidad y vulnerabilidad de este grupo etario: la familia de la que procede la adolescente, el entorno social, la economía, la educación... Las conductas de riesgo, así mismo, son factores que influyen, en gran medida, en la aparición de tales gestaciones. Estas conductas, de forma general, se producen debido al desconocimiento y a la falta de información. Para tratar de disminuir este tipo de embarazos y fomentar una sexualidad positiva, permitiendo a los más jóvenes tomar decisiones responsables y seguras, es fundamental la implantación de la educación afectivo-sexual; dotando, así, a los adolescentes de información científica y veraz. La enfermería presenta un papel fundamental en la educación sexual de los jóvenes, y no solo debe limitar su actuación al ámbito sanitario, si no que su acción debe extenderse al ámbito educativo, a los medios de comunicación..., tratando de llegar, así, al mayor número de adolescentes.

Palabras claves: embarazo en adolescencia, educación sexual, factores sociológicos, educación en enfermería.

ABSTRACT

A reality that can be seen in today's society is teenage pregnancy. Such is its impact and its increase that it has come to be considered a public health problem, especially in underdeveloped countries. There are numerous predisposing factors that increase the probability and vulnerability of this age group: the family from which the teenager comes, the social environment, the economy, education... Risky behaviours are also factors that influence, to a large extent, the occurrence of such pregnancies. These behaviours, in general, appear due to a lack of knowledge and information. In order to try to reduce this type of pregnancy and encourage positive sexuality, allowing young people to make responsible and safe decisions, it is essential to implement affective-sexual education, providing teenagers with scientific and truthful information. Nursing has a fundamental role to play in sexual education of young people, and its action should not only be limited to the field of healthcare, but should also extend to the field of education, the media..., in an attempt to reach the greatest number of teenagers.

Keywords: Pregnancy in adolescence, sex education, sociological factors, education, Nursing.

1. INTRODUCCIÓN

El desarrollo humano es “el proceso de ampliación de las opciones y capacidades de las personas, que se concreta en una mejora de la esperanza de vida, la salud, la educación, y el acceso a los recursos necesarios para un nivel de vida digno” (1). Uno de los momentos de este proceso es la adolescencia.

La organización mundial de la salud (OMS) define la adolescencia como “el período de crecimiento que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y los 19 años”. Dentro de este periodo de crecimiento, se pueden identificar más de una etapa, cada cual presenta gran relevancia en la maduración tanto biológica como psicológica de las personas (2).

La primera etapa que forma la adolescencia es la denominada adolescencia temprana o pre-adolescencia, que comprende entre los 10 y los 13 años. En esta etapa, también conocida como pubertad, comienzan a estar presentes las hormonas sexuales, lo que da lugar a los cambios físicos característicos de este momento del crecimiento (3). En el caso de las mujeres, se produce un aumento del tamaño del pecho (4), y es en esta etapa, donde por lo general se produce la menarquia, y por lo tanto el inicio de la edad fértil (5). Normalmente, la menarquía se desarrolla dos años después de la telarquia, es decir, del inicio del desarrollo de la mama, que suele producirse entre los 8 y los 13 años. La edad media de la menarquia en España según la asociación española de pediatría es de 11,2 años (6).

A nivel psicológico, los cambios producidos se presentan como consecuencia de los cambios físicos, generando inseguridades y confusión en el adolescente (5). En cuanto a las relaciones sociales, los amigos ganarán protagonismo, dejando a los padres en un segundo plano (3).

Entre los 14 y los 16 años, se desarrolla la adolescencia media, siendo la etapa más importante y trascendental (5). Continúan los cambios a nivel biológico, llegando casi a su culmen al final de esta etapa (4).

En este rango de edad, se producen y pueden objetivarse grandes cambios a nivel psicológico. El cerebro de un adolescente es muy diferente al de un adulto joven, pues los lóbulos frontales, encargados de la toma de decisiones, y el control de impulsos, entre otros, aún se encuentran en pleno desarrollo (4).

Esta etapa de la adolescencia es una de las más importantes debido a que comienzan a formar su propia identidad, incorporando una identidad sexual, y rol social. Comienzan a mostrar interés por las relaciones románticas, y son durante estos años, donde la mayoría de los adolescentes comienzan sus relaciones sexuales (5).

Finalmente, la última etapa, es la adolescencia tardía, que abarca desde los 17 años hasta los 19, pudiendo expandirse hasta los 21 (3). Es una etapa de menor riesgo que las anteriores, pues cada vez están más cerca del comportamiento del adulto joven (5). Ya han construido su propia identidad, identificando sus valores, y comienzan a tener una visión de futuro, teniendo en cuenta las consecuencias de sus decisiones (3).

Una de las realidades que cada vez hacen frente más adolescentes son los embarazos. El embarazo adolescente o embarazo precoz es aquel “que se produce en una mujer adolescente, entre la adolescencia temprana o pubertad, comienzo de la edad fértil y el final de la adolescencia” (7). Según los datos de la OMS, 16 millones de mujeres adolescentes entre 15 y 19 años, y aproximadamente, 1 millón menores de 15 años, tienen un hijo cada año (2),

representando así, el 10% del total de los partos a nivel mundial (7). La incidencia de este tipo de embarazos dependerá e irá variando en función de la región y del grado de desarrollo del país (8). Un 95% de estas gestaciones tienen lugar en países en vías de desarrollo, cuyos ingresos monetarios son bajos o moderados (2). De hecho, aproximadamente el 33% de las mujeres que habitan en países menos desarrollados, tienen un hijo antes de cumplir los 20 años. En este contexto, y ante el incremento de la incidencia, el embarazo en los adolescentes ha pasado a ser considerado un problema de salud pública (9).

En España, según el instituto nacional de estadística (INE), la tasa de fecundidad en 2020 de las adolescentes, entre 15 y 19 años, es de 5,33 nacimientos por 1.000 mujeres, siendo la región de Murcia la comunidad autónoma donde más gestaciones en este grupo de edad se producen (10). Según un estudio realizado durante el 2020, y publicado en enero del 2021, el número de nacimientos en España en el 2020 en mujeres menores de 19 años fue de 6.318 nacimientos, de los cuales 869 se han producido durante la adolescencia media (11). El número de gestaciones en este grupo de la población ha ido disminuyendo considerablemente desde la década de los ochenta, produciéndose un incremento de nuevo al inicio del siglo XXI debido a los flujos migratorios (12).

A nivel internacional, América del sur es una de las regiones con tasas de fecundidad en adolescentes más elevadas. Según la UNFPA, es de 66,5 por cada 1.000 mujeres embarazadas, pudiendo concluir que casi el 18% de los embarazos que ocurren, son de mujeres menores de 20 años (13). La zona de África central, también, presenta cifras disparadas en cuanto a gestaciones en adolescentes, con unas tasas de 129,5 por cada 1.000, según muestran los datos de la OMS, siendo Mozambique y Chad los países con mayores índices (13)(2).

El embarazo en los adolescentes no solo supone un problema de salud, si no que también genera un problema social, económico y familiar, pudiendo privar de determinados derechos fundamentales a las jóvenes madres (5), y favoreciendo la perpetuación de la pobreza intergeneracional (14). La mayoría de ellos, son eventos no deseados, por lo que generará en el adolescente y en su entorno una situación de estrés, difícil de aceptar (15).

Numerosos factores sociales pueden incidir en que se produzcan y continúen este tipo de embarazos, como son el nivel de estudios, la situación económica o el apoyo familiar con el que cuente la joven madre (9). Los comportamientos de riesgo, como el consumo de sustancias, o el mal uso de métodos anticonceptivos; así como, la presión social para comenzar la vida sexual por parte del grupo de pares y la pareja sentimental, también constituyen factores de riesgo (15).

El embarazo en este rango de edad suele estar asociado a mayores complicaciones materno-infantiles, debido a una falta de madurez tanto física como psicológica. Además, también puede generar mayores problemas durante el parto y complicaciones en el periodo del puerperio (7). Según datos de la OMS, la mortalidad materna en este rango de edad es de 2 a 5 veces más alta que en gestantes de entre 20 a 29 años, y supone la segunda causa de mortalidad en las jóvenes de entre 15 y 19 años (2).

Disminuir el embarazo en los adolescentes es uno de los objetivos sanitarios, y para ello es fundamental la prevención primaria, proporcionando educación y promoción de la salud a los más jóvenes, no solo desde el ámbito sanitario, si no también, a nivel de las escuelas, las familias o los medios de comunicación(16). Además, es necesario, facilitar información, así como, la adquisición de métodos anticonceptivos a los adolescentes (15).

2. JUSTIFICACIÓN DE LA ELECCIÓN DEL TEMA

La decisión de escoger el embarazo adolescente como tema para realizar mi Trabajo Fin de Grado, ha sido debido al gran impacto que esta realidad supone en nuestra sociedad, especialmente desde hace unos años, cuya incidencia se ha incrementado considerablemente, especialmente en los países en vías de desarrollo. Esta realidad se ve reflejada en el sector sanitario, pues las gestaciones adolescentes suponen mayores controles, debido al alto riesgo, e implican mayores complicaciones, lo que se traduce en un aumento del gasto y la demanda sanitaria.

Asimismo, considero que, a la hora de prevenir tales gestaciones, la enfermería posee un papel fundamental a través de la educación sanitaria, por lo que opino que es un tema de gran importancia para el ámbito enfermero.

3.OBJETIVOS

El objetivo general de la siguiente revisión bibliográfica es profundizar en el embarazo en los adolescentes a través de la literatura científica.

Como objetivos específicos, me planteó los siguientes:

- Identificar los factores sociales y los comportamientos de riesgo que influyen en los embarazos de las adolescentes.
- Describir los riesgos biológicos y psicológicos de los embarazos en este grupo etario.
- Determinar los recursos de apoyo de la embarazada adolescente.
- Analizar la importancia de la educación afectivo-sexual, y el papel de la enfermería en la prevención.

4. METODOLOGÍA

Se realizó una revisión bibliográfica considerando artículos y estudios en los idiomas castellano e inglés, comprendidos en un intervalo de tiempo de diez años, es decir, entre el 2011 y el 2021. Para ello, se consultó en varias bases de datos, así como, en páginas web de instituciones oficiales, como la organización mundial de la salud (OMS), fondo de naciones unidas para la infancia (UNICEF), o el ministerio de sanidad, consumo y bienestar social del gobierno de España. Se emplearon las siguientes palabras claves: embarazo en adolescencia, factores sociológicos, educación sexual, educación en enfermería; y los boléanos: "AND" y "OR".

Las bases de datos consultados han sido:

- Scopus: base de datos de referencias bibliográficas y citas de la empresa Elsevier.
- PubMed: base de datos que contiene información acerca de medicina, enfermería, odontología, veterinaria; patrocinada por la National Library of Medicine (NLM), que contiene más de 16 millones de referencias.
- Google académico: buscador bibliográfico que permite localizar documentos académicos como artículos, tesis, libros, resúmenes de una amplia gama de disciplinas y fuentes de información.
- Dialnet: base de datos con contenido de literatura hispana.
- Cuiden: base de datos de enfermería.

5. ORGANIZACIÓN Y ESTRUCTURA

La siguiente revisión bibliográfica se estructurará en 3 capítulos. El primero de ellos, hará referencia a los factores de riesgo demográficos, sociales, familiares y económicos que coinciden en la mayoría de los embarazos precoces, así como, a los comportamientos de riesgo, como son el consumo de sustancias o el uso inadecuado de métodos anticonceptivos. En el segundo de los capítulos, me centraré en describir los riesgos materno-infantiles, y las complicaciones propias del parto, analizando, además, la interrupción voluntaria del embarazo en este grupo de edad. Finalmente, en el último de los capítulos, analizaré el estado de la actual educación afectivo-sexual, su impacto, y el papel de la enfermería en la prevención, y la gestación adolescente.

CAPÍTULO 1: FACTORES Y CONDUCTAS DE RIESGO QUE INFLUYEN EN EL EMBARAZO ADOLESCENTE

Factores como el apoyo social, las condiciones de trabajo, los estilos de vida o las políticas sociales y económicas de un país influyen en las circunstancias de las personas. Todo esto puede ser explicado a través de los determinantes sociales de la salud, cuya definición según la OMS es: “circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el conjunto más amplio de fuerzas y sistemas que influyen sobre las condiciones de la vida cotidiana”(17). Existe más de un modelo para explicar estos determinantes, pero todos ellos coinciden en que el estado de salud de la población no depende únicamente de ellos, si no de numerosos factores sociales, políticos y económicos (18).

A la hora de estudiar el embarazo en los adolescentes, es importante conocer todos aquellos factores y conductas de riesgo que pueden incidir en que se produzcan, y se lleven adelante, así como sus consecuencias (9).

Cada cultura, sociedad y etnia presenta diferentes significados e interpretaciones de la maternidad en las más jóvenes. En algunas culturas, como puede ser en la africana o en la etnia gitana, la maternidad en los adolescentes es algo común, que no es visto como un problema o incidente, si no como una forma de maduración y proceso de transformación de niña a mujer; mientras que, en otras sociedades y culturas, como en las sociedades occidentales, es visto como algo negativo. Debido a esto, la cultura, y la sociedad en la que se desarrolle una joven adolescente, influirá en que se produzcan tales gestaciones, y en la forma en la que se acepten (19). Un estudio publicado en 2018, el cual estudió los factores psicosociales del embarazo adolescente, describe 4 tipos de sociedades: represiva, restrictiva, permisiva y alentadora. Las sociedades del África ecuatorial, por ejemplo, son un tipo de sociedad alentadora, es decir, para ellos, las relaciones sexuales son importantes y las fomentan desde la juventud. Esto podría explicar y nos permite entender, una de las razones de las elevadas cifras de gestaciones en adolescentes que hay en estos países (20).

Dentro del propio territorio español, en función de la región y la cultura de la comunidad autónoma, existen variaciones en cuanto a la incidencia de este tipo de embarazos (21). En la zona del sur peninsular, la tasa de fecundidad en adolescentes es mayor que en la zona norte. En Andalucía y Murcia, por ejemplo, las tasas de fecundidad son 7,34 y 9,44, respectivamente; mientras que, en Cantabria y el País Vasco, las tasas se reducen considerablemente, siendo 3,47 y 3,37 (22). La universidad de Zaragoza realizó un estudio sobre el perfil demográfico de las madres adolescentes en España, y pudo llegar a la conclusión, que en la zona del sur de la península habita una población más conservadora y rural, con grupos étnicos tradicionales, como puede ser el gitano; al contrario que en la zona norte, donde hay una mayor

industrialización, y una visión juvenil con un mayor abanico de posibilidades, no ligado únicamente a la formación de una familia (21).

La familia, y la forma en la que aceptan el embarazo de la joven adolescente, es uno de los factores que influye en que se produzcan gestaciones en este grupo etario, pues el núcleo familiar es una de las principales fuentes de información y apoyo de los jóvenes. Varios estudios reflejan que la relación familiar influye en la percepción que los adolescentes presentan de las relaciones sexuales, así como, establecen que un buen funcionamiento dentro del círculo familiar favorece una correcta vivencia de cada una de las etapas del desarrollo (7,23).

Las adolescentes procedentes de familias disfuncionales, en donde existen problemas de comunicación y relaciones problemáticas, desarrollan carencias afectivas, que tratarán de suplir en su grupo de iguales, impulsándolas a mantener relaciones sexuales precoces. Esta situación dará lugar a la formación de relaciones inestables, lo que genera un aumento de la posibilidad de que se produzca un embarazo no deseado (7,24). Ana María Molina Gómez et al.(8) en su artículo, refleja que más del 80% de los embarazos en adolescentes tienen lugar en jóvenes que proceden de familias desestructuradas, en donde la comunicación y el afecto son un problema (8).

El tipo de paternidad, así como, los antecedentes obstétricos de la madre de la adolescente, es decir, el hecho de que haya tenido un embarazo adolescente, y la pérdida de figuras significativas, también, suponen factores de riesgo familiares para que se produzca un embarazo precoz (8,23).

A nivel académico, se ha estudiado que la incidencia de este tipo de gestaciones es mayor en aquellas jóvenes con un bajo rendimiento escolar, con actitudes negativas hacia el aprendizaje, o sin estudios (9,23).

La mayoría de las jóvenes adolescentes debido a este nuevo y repentino acontecimiento vital, se ven obligadas a abandonar sus estudios de forma temporal, o en muchas ocasiones de forma definitiva. En la mayoría de los artículos, se concluye que las jóvenes embarazadas alcanzan una formación académica hasta la enseñanza secundaria obligatoria, accediendo en muy pocos casos a estudios universitarios. Los principales motivos de abandono escolar se deben a la obligación de asumir nuevas responsabilidades, a cambios físicos y psíquicos que generan inseguridades en la adolescente, así como, a sentimientos de marginación y exclusión por parte de su grupo de pares (7,19,25).

Debido a su escasa formación académica, estas jóvenes no encuentran una ocupación laboral de calidad y bien remunerada, pese a la disposición por parte de las protagonistas de conseguir una independencia económica. La mayor parte, desempeñan labores domésticas. En una gran cantidad de casos, las jóvenes abandonan los estudios para iniciarse en el mundo laboral y así poder satisfacer las nuevas necesidades económicas que supondrá la llegada del recién nacido. Sin embargo, esta práctica provoca una situación arriesgada, pues supondrá periodos de inestabilidad laboral, con sueldos precarios (19,21).

Esta situación lleva a que, una vez nazca el bebé, la mayoría de las jóvenes gestantes se vean obligadas a seguir conviviendo en la casa de sus padres, lo que añade nuevos conflictos a los ya existentes dentro del hogar familiar, pues supone una adaptación, no solo para la nueva madre, si no para toda la familia, adquiriendo nuevos roles (23).

Además, de factores sociales, familiares, personales y económicos, existen conductas de riesgo que suponen un incremento de la probabilidad de que se produzca una gestación en un adolescente.

Entre los 14 y los 16 años, los adolescentes comienzan a mostrar interés por las relaciones románticas, y son durante estos años, donde la mayoría comienzan sus relaciones sexuales. Según la encuesta nacional sobre sexualidad y anticoncepción entre los jóvenes españoles, la edad media de inicio se encuentra en los 16,4 años, siendo cada vez más precoz (26). Esta tendencia es debido, a que existe una mayor presión social por parte del grupo de iguales, para que inicien sus relaciones íntimas, y de los mensajes que transmiten los medios de comunicación o el cine a cerca de la sexualidad (7,19,27). Otros factores que producen una disminución de la edad en el inicio de las relaciones sexuales son: la visión sociológica de la sexualidad hoy en día, pues actualmente se busca más el placer, que un compromiso emocional o con fines reproductivos; la falta de comunicación con los progenitores, el fracaso escolar, el consumo de sustancias o una adelantada maduración sexual (24,27,28).

Este inicio más precoz supone una mayor exposición a los riesgos por carecer a esas edades de suficiente información, así como, de la madurez necesaria para hacerle frente de forma responsable y segura. Normalmente, la información que suelen presentar los adolescentes es superficial, y suele estar basada en lo que les cuentan sus amistades o en lo que han buscado a través de internet (27). Sumado a estos factores, entra como variable, el hecho de que los adolescentes presentan una escasa habilidad de comunicación interpersonal, lo que dificulta la correcta comunicación con la pareja en el momento de la relación sexual, pudiéndose dejar influenciar con facilidad y aumentar así las conductas sexuales de riesgo, y por lo tanto la probabilidad de que se desarrolle un embarazo no deseado (29).

La conducta de riesgo que más influye en que se produzca un embarazo no deseado es el uso inadecuado o el no uso de métodos anticonceptivos. La encuesta nacional de sexualidad y anticoncepción realizada en 2019 refleja que un 76,4% de los jóvenes utiliza métodos anticonceptivos en todas sus relaciones sexuales, frente a un 23,6% que lo usa de forma ocasional (26). Las razones por las cuales refieren no utilizar métodos de protección son varias: confianza con la pareja sexual, disminución de la sensación, mantener relaciones siempre con la misma persona, creencias negativas sobre su utilización... (26,30) Un estudio, que analizó el riesgo sexual en adolescentes en función de la edad de su debut sexual, llegó a la conclusión que aquellos que inician las relaciones sexuales a una edad más tardía, utilizan de forma más frecuente y constante los métodos anticonceptivos (31).

El preservativo es el método de protección más utilizado entre los jóvenes, seguido de la píldora anticonceptiva (26). Varios estudios muestran que la mitad de los adolescentes usan el preservativo como forma de protección (26,27,30).

Además, del uso inadecuado, o el no uso de métodos anticonceptivos, los adolescentes realizan otras conductas de riesgo que pueden suponer un incremento de la probabilidad de que se desarrolle un embarazo no deseado. El consumo de alcohol u otras sustancias esta relacionado con el no uso del preservativo. Un 23,8% de los adolescentes consume alcohol antes de una relación sexual, y un 50% ha mantenido relaciones sexuales, en al menos una ocasión, bajo los efectos del alcohol o de las drogas (32).

Estudios concluyentes señalan que los actos delictivos, el bajo nivel de expectativas, la desvalorización femenina, el hacinamiento, los mitos y tabúes sobre la sexualidad...(8,24,33), son factores que incrementan la vulnerabilidad de los adolescentes ante esta situación. Además, el hecho de haber tenido una gestación durante la adolescencia es un factor de riesgo

en si mismo, para que se produzca una segunda gestación durante esta etapa del desarrollo humano (34).

En conclusión, existen números factores personales, familiares, sociales y económicos que pueden incrementar la incidencia de las gestaciones en adolescentes. Así mismo, el embarazo durante la adolescencia genera consecuencias a nivel personal, económico y social, que afecta a la esfera psicológica de la adolescente, produciéndose el llamado “síndrome del fracaso” (8,24).

CAPÍTULO 2: RIESGOS MATERNO- INFANTILES

El embarazo adolescente supone el doble de riesgos biológicos y clínicos en comparación con las complicaciones que se dan en las gestantes de mujeres mayores de 25 años (2).

A lo largo de los años, se han realizado numerosos estudios acerca del embarazo adolescente, y de los riesgos que estos suponen. Se han identificado una gran variedad de complicaciones clínicas en las madres adolescentes. Estas complicaciones no solo ocurren durante el embarazo, también las encontramos en el parto y el puerperio, afectando todo ello finalmente al bienestar fetal (35,36).

Esta situación incrementa la morbimortalidad materna, suponiendo incluso, según la OMS, la segunda causa de muerte entre las adolescentes de entre 15 y 19 años (2). También, se ve incrementada la morbimortalidad neonatal, donde la presencia de complicaciones en recién nacidos de madres adolescentes es de 2 a 3 veces más frecuente comparado con bebés nacidos de mujeres de entre 20- 29 años (36,37). Existe una relación inversamente proporcional entre complicaciones en recién nacidos y edad de la gestante, aumentando así el número de complicaciones cuando menor sea la edad materna (38).

Una de las causas que explica este incremento de las complicaciones en este grupo de edad, es la inmadurez biológica de la futura madre. No se ha producido un completo desarrollo del útero, lugar donde se insertará y desarrollará el futuro bebé; ni de la pelvis ósea, zona anatómica por la cual descenderá el feto en el momento del expulsivo (5,36).

El canal del parto esta formado por:

- El canal duro u óseo, se encuentra formado por la pelvis la cual puede dividirse en pelvis mayor o falsa, que carece de interés obstétrico; y la pelvis menor o verdadera, que es la que forma parte del canal del parto (39).
- El segmento uterino inferior, el cuello uterino, y la vagina forman en su conjunto el canal blando (39).

2.1 Complicaciones durante el proceso de parto

El ensanchamiento de las caderas es uno de los cambios físicos característicos de las mujeres durante la adolescencia, alcanzando su máximo desarrollo en torno a los 25 años (40). Varios estudios afirman, que los adolescentes presentan unos diámetros pélvicos de un tamaño inferior al necesario, lo que puede dificultar el recorrido del feto por el canal del parto, y un expulsivo adecuado (36). Esta situación puede generar una desproporción cefalo-pélvica, así como, alteraciones en la presentación y posición del recién nacido, lo que puede dar lugar a distocias, que a su vez esta relacionado con partos instrumentados (fórceps, ventosa, cesárea...)(5,36).

Además, las adolescentes presentan un incompleto desarrollo del aparato genital. Esto junto con la mayor frecuencia de partos instrumentados, aumenta la presencia de desgarros y lesiones

del canal del parto (5,24,41,42). Un estudio de casos y controles realizado en Honduras permitió ver que la complicación más frecuente durante el parto fueron los desgarros perineales, estando presentes en un 5% de la población adolescente estudiada. La presencia de estas lesiones aumenta las probabilidades de infección y hemorragias (42).

2.2 Complicaciones durante la gestación

En la gestante pueden aparecer múltiples consecuencias como malnutrición, infecciones urinarias y vaginales, ruptura prematura de membranas, preeclampsia... Varios estudios establecen complicaciones en función del momento del embarazo, siendo característico el aborto, en la primera mitad; mientras que, en la segunda mitad, destacan los cuadros hipertensivos y la ruptura prematura de membranas. La anemia y las infecciones urinarias y vaginales pueden producirse durante toda la gestación (5,35).

Durante el embarazo, el crecimiento de la joven adolescente continúa su curso, requiriendo un mayor aporte energético en comparación con una mujer adulta. Esto explica que, si la madre no presenta una ganancia ponderal adecuada durante la gestación, el feto puede verse privado de sus requerimientos, ya que las necesidades energéticas y nutricionales de la futura madre competirán con las del feto (36,43). Este riesgo se ve incrementado aún más cuando la adolescente presenta una edad cronológica inferior a 16 años. A esto hay que asociar que los adolescentes, en general, tienen una alimentación menos variada y equilibrada que una mujer adulta, lo cual favorece que no se alcance una adecuada ganancia ponderal (36,44).

La desnutrición, supone una de las principales causas de anemia durante la gestación, registrándose en el 75% de los casos como causa principal (36,43,44). Durante la adolescencia, es preciso y fundamental cubrir las demandas de hierro, necesarias para el crecimiento tanto de la adolescente como del feto (45).

2.3 Complicaciones en el recién nacido

Todas estas complicaciones maternas pueden tener una repercusión en el feto, ya que las infecciones urinarias, la anemia, la escasa ganancia ponderal, constituyen factores de riesgo que incrementan el bajo peso al nacer, lo que puede ocasionar graves complicaciones como retraso en el desarrollo neurológico, hemorragia cerebral... (43).

Las infecciones urinarias y vaginales incrementan dos veces más el riesgo de parto pretérmino, siendo responsables en un 30,3%-50,8% de este tipo de partos. Esta situación se debe a la presencia de patógenos que generan un proceso inflamatorio, lo cual afecta al útero, pudiendo ocasionar un trabajo de parto temprano, así como, una ruptura prematura de membranas (46).

Durante la fase expulsiva, el mayor uso de instrumentalización aumenta el riesgo de lesiones traumáticas y/o mecánicas como cefalohematoma, fractura de clavícula, caput succedaneum, parálisis facial... Además, debido a la desproporción céfalo-pélvica, partos prolongados y bebés pretérminos, es más frecuente la hipoxia lo que puede generar consecuencias graves tanto a corto como a largo plazo (5,41,42).

Por todo ello, los embarazos en adolescentes, se consideran embarazos de riesgo, siendo importante un seguimiento y controles prenatales periódicos. Numerosos estudios, coinciden que un número reducido de controles prenatales constituye un factor de riesgo de bajo peso al nacer y mayores complicaciones durante el embarazo. Teniendo en cuenta esto, las adolescentes embarazadas, tienden a acudir menos y de forma más tardía a estos controles

(37,43). Hasta un 40% de las adolescentes comienzan sus visitas médicas en el segundo trimestre de gestación (5).

2.4 Interrupción voluntaria del embarazo

Una de las consecuencias que puede darse en estas jóvenes gestantes es el aborto. La OMS define el aborto como “la interrupción de un embarazo tras la implantación del huevo fecundado en el endometrio antes de que el feto haya alcanzado la viabilidad, es decir, antes de que sea capaz de sobrevivir y mantener una vida extrauterina independiente” (47). La interrupción del embarazo puede ser espontánea, o bien voluntaria a través del uso de fármacos o intervención quirúrgica (48).

Numerosos estudios, lo sitúan como una de las principales causas de mortalidad materna en adolescentes, especialmente en aquellas jóvenes que deben realizar interrupciones voluntarias clandestinas (7). Generalmente, según las estadísticas, continúan con la gestación las jóvenes de ciertos grupos étnicos, y aquellas procedentes de clases bajas; mientras que, entre la clase media y alta, es común la interrupción voluntaria del embarazo, con unos datos de entorno al 30-60% de las adolescentes (5). En el año 2020, la tasa de interrupciones voluntarias del embarazo en adolescentes de entre 15 y 19 años, fue de 7,41 por cada 1000 mujeres (49).

A nivel legislativo, se han producido numerosos cambios a lo largo de la historia en nuestro país. Hasta 1985, el aborto era considerado un delito según el artículo 417 del Código Penal. A partir de este momento, se elaboró una nueva ley orgánica, 9/1985, la cual permitía llevar a cabo esta intervención, siempre y cuando se diesen algunas de las siguientes 3 situaciones (21,50):

- La gestación suponga un riesgo para la salud física o psíquica de la mujer (50).
- El embarazo sea resultado de un delito de violación, cuyo acto debe ser denunciado, y la interrupción se produzca dentro de las primeras 12 semanas (50).
- Se identifiquen malformaciones fetales, y la interrupción se produzca dentro de las primeras 22 semanas (50).

En el 2010, se derogó la ley anterior, y se elaboró la “ley orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo”, la cual aumenta la libertad, dentro de las primeras 14 semanas, para llevar a cabo este proceso. Además, esta ley afecta a las adolescentes de 16 y 17 años, las cuales, a partir de este momento, se les permite realizar esta intervención sin necesidad del consentimiento paterno (21,51). Este aspecto de la ley del 2010, solo se mantendrá durante 5 años, pues en el 2015, se modifica introduciendo una nueva ley, la cual establece la necesidad del consentimiento de los progenitores en las menores de 18 años (52).

Si analizamos la compañía de las jóvenes en el proceso de la interrupción del embarazo, se puede ver que la mayoría acuden acompañadas de alguno de sus progenitores (19).

La interrupción voluntaria del embarazo implica y trae consigo repercusiones emocionales en la mujer. Varios estudios señalan que aquellas mujeres que han pasado por un proceso de aborto pueden desarrollar con mayor probabilidad episodios de ansiedad, depresión u otros trastornos mentales. Además, el haber vivido esta experiencia supone un factor de riesgo del consumo de alcohol y sustancias (48). Aznar y Cerdá (53) en sus estudios, concluyen que existen numerosos factores sociales y ambientales que pueden influir en el comportamiento de la gestante tras la interrupción del embarazo, y en la probabilidad de que se desarrolle una patología mental (53). Sin embargo, existe literatura la cual refleja que no hay una relación entre afectación mental e interrupción voluntaria del embarazo, por lo cual existen estudios contradictorios en cuanto a esta realidad (54).

CAPÍTULO 3: EDUCACIÓN AFECTIVO- SEXUAL Y EL PAPEL DE LA ENFERMERÍA

La adolescencia es una de las etapas más complejas del desarrollo, debido a la gran cantidad de cambios, tanto físicos como psicológicos que experimenta el ser humano. Por esta razón, es preciso y necesario para fomentar un correcto desarrollo, y evitar conductas de riesgo, una adecuada atención a este grupo etario, en el que no solo participe el sector sanitario, si no en el que se involucren las familias, la comunidad, el sector educativo, y los propios adolescentes, favoreciendo una participación activa (55,56).

La sexualidad se define según la organización mundial de la salud como “aspecto central del ser humano que está presente a lo largo de la vida. Abarca el sexo, las identidades, y los roles de género, la orientación sexual, el erotismo, el placer, la intimidad y la reproducción” (57). Va más allá de las relaciones sexuales, pues forma parte de la personalidad de las personas, estando presente durante todas las etapas del desarrollo, y siendo particular de cada individuo, es decir, cada uno tiene formas diferentes de manifestarla y vivirla (55). Es un concepto multidimensional en el que interaccionan factores biológicos, sociales, psicológicos, culturales, espirituales, políticos, éticos... Debe abarcarse desde esta perspectiva y no solo centrándose en aspectos puramente biológicos (58,59).

Para conseguir que los jóvenes adquieran una visión y vivencia positiva de la sexualidad, hay que dejar de lado los mitos y tabúes que presenta la sociedad, y favorecer una correcta comunicación, así como, implantar una adecuada educación afectivo-sexual y acciones educativas (55,56).

La educación afectivo-sexual es una educación integral y reflexiva que busca resultados a través del razonamiento crítico (55). Uno de sus principales compromisos es fomentar el autocuidado, la autoestima, la autonomía y la responsabilidad con la salud, tanto a nivel individual como a nivel colectivo, así como, proporcionar conocimientos, habilidades, actitudes y herramientas para desarrollar una vivencia positiva de la sexualidad, permitiendo a los más jóvenes tomar decisiones para asumir una sexualidad responsable, y mantener relaciones de calidad, tanto en el momento de la adolescencia, como durante su vida adulta (55,60). Este tipo de educación supone un crecimiento a nivel biológico, psicológico y social, que busca el fomento de la sexualidad basada en la comunicación, la salud, el placer y la afectividad (61). Existe evidencia científica que señala que una adecuada educación afectivo-sexual, basada en los estándares y objetivos que plantea la OMS y la UNESCO, tiene un impacto muy positivo en los conocimientos y actitudes de los jóvenes, reduciendo las infecciones de transmisión sexual y los embarazos no deseados (62).

La OMS considera que este tipo de educación debe impartirse en todas las etapas del desarrollo, y la UNESCO en el informe “educación integral de la sexualidad: conceptos, enfoques y competencias”, señala la importancia de esta educación, refiriendo que es parte esencial de la formación básica. Sin embargo, a la hora de la práctica, dista mucho de lo ideal (58,63).

Si analizamos las distintas leyes de educación que se han ido aprobando en nuestro país desde 1990 hasta la actual legislación, podemos concluir que este tipo de educación en el territorio nacional se trabaja de forma superficial, impartiendo conocimientos desde una visión biologicista, reducido más a temas sobre fisiología y anatomía, dejando de lado el componente afectivo(58,59). De hecho, numerosos estudios, como los de Eresta y Delpino(58), señalan que los jóvenes españoles reciben una escasa formación en cuanto a salud sexual (58). La ley actual, ley orgánica 3/2020, de 29 de diciembre (64), modifica la ley aprobada en el 2006, la cual

menciona de forma más notoria aspectos relacionados con la educación afectivo-sexual, sin embargo, sigue siendo una tarea pendiente en nuestro país (59,63).

Para fomentar este tipo de educación, y generar un impacto positivo y cambios en el comportamiento que, supongan una disminución de las conductas de riesgo, es importante la implantación de intervenciones educativas (59,61). Múltiples fuentes evidencian la importancia y el efecto de las intervenciones, pues actúan retrasando el inicio de los encuentros sexuales, así como, aumentan las relaciones seguras y responsables (61).

Estas intervenciones deben adaptarse a las necesidades de la etapa del desarrollo, así como, a las circunstancias del grupo hacia el cual van dirigidas. De esta forma, se conseguirá un mayor impacto y efecto en los adolescentes, pues varios estudios han demostrado, que las intervenciones generales no presentan un gran impacto, en este caso en concreto, sobre la maternidad prematura (56,65).

Existen tres tipos de intervenciones en función del objetivo que se pretenda alcanzar:

1. Intervenciones educativas con un enfoque tradicional, donde la prevención se centra en el retraso del inicio de las relaciones íntimas (66).
2. Intervenciones de promoción de la anticoncepción, donde se busca mejorar el nivel de conocimiento e incrementar el uso de los diferentes métodos anticonceptivos (66).
3. Intervenciones combinadas, donde la prevención se aborda mediante la unión de las dos técnicas anteriores (66).

Se ha demostrado que las intervenciones que generan un mayor impacto son aquellas que utilizan estrategias multifacéticas, no centrándose únicamente en el componente sexual (66).

Un ejemplo de intervención que se realizó en la comunidad autónoma de Asturias fue el programa llamado: “ni ogros ni princesas”. Tenía como objetivo incorporar la educación afectivo-sexual en los estudiantes de la educación secundaria obligatoria. Se basó en el protagonismo del alumnado, mediante una metodología participativa y activa (61). Fuera del territorio nacional, en varios países de Latinoamérica, un ejemplo de intervención educativa fue la conocida como “Como planear mi vida”, en el cual se abordaban diversos temas: sexualidad, comunicación, autoestima, asertividad, roles y estereotipos... En esta intervención, destacaba la puesta en común y la participación grupal (56). En ambas intervenciones, se vio que los jóvenes habían incrementado sus conocimientos a cerca de la sexualidad (56,61).

Además de implementar intervenciones educativas, hay que buscar otras vías de llegada a los adolescentes. Para ello, el ministerio de sanidad, consumo y bienestar social lanza a través de los medios de comunicación campañas preventivas. La última fue llevada a cabo en el 2019, y se trató de una campaña para la prevención de las infecciones de transmisión sexual, bajo el lema: “prevenir las infecciones de transmisión sexual está en tu mano, no te compliques usa siempre preservativo” (67). Hasta el momento, aún no se ha realizado ninguna campaña por parte del gobierno para reducir y evitar el embarazo en los adolescentes. Si bien, otra acción que ha puesto en marcha el ministerio de sanidad ha sido incluir en la cartelera de servicios del sistema nacional de salud la financiación del anillo vaginal, método anticonceptivo de tipo hormonal. Este se suma a otros ya incluidos, siendo un total de 14 métodos los cuales se encuentran financiados (68).

Tanto en las intervenciones educativas, como en los medios de comunicación, el personal de enfermería juega un papel muy importante, formando y asesorando (27).

3.1 Papel de la enfermería en la prevención.

El sector sanitario supone una de las principales fuentes de información. Dentro de este sector, la enfermería presenta un papel fundamental a la hora de prevenir los embarazos no deseados. Estos profesionales sanitarios pueden facilitar información a través de consultas tanto de atención preventiva como curativa, así como, en entornos no clínicos, como puede ser en una escuela (57). Asimismo, sirven de apoyo para familias y centros escolares, participando en su formación, y brindando consejos en cualquier momento y situación (60).

Son varias las acciones de prevención que puede llevar a cabo el profesional de enfermería:

- Transmitir y hacer conocidos a los adolescentes de cuales son sus derechos y deberes en materia de salud sexual y reproductiva (65).
- Realizar educación y promoción de la salud, ofreciendo una adecuada educación afectivo-sexual. En el programa de salud de la infancia y adolescencia de Cantabria, se recoge que, a partir de los 9 años, deben proporcionarse conocimientos sobre la prevención del embarazo y las infecciones de transmisión sexual. Además, en la revisión del niño sano a los 14 años, hace referencia al concepto de “relaciones afectivo-sexuales” (69).
- Dar a conocer a los jóvenes adolescentes servicios de salud sexual y reproductiva a los que puedan acceder, mejorando la calidad de estos, así como, ofrecer servicios amigables con los adolescentes, donde se sientan seguros y confidentes para expresar sus preocupaciones y demandas (65). En Cantabria, existen varios servicios de atención y orientación sobre sexualidad:
 - Asesoría sobre sexualidad del espacio joven, en la cual los jóvenes pueden realizar sus cuestiones a través del correo electrónico. Es un servicio gratuito y confidencial (70).
 - Asociación ciudadana Cántabra anti-SIDA, en donde se reparten preservativos de forma gratuita, y existe la posibilidad de realizarse la prueba rápida del VIH (70).
 - Centro de planificación familiar “La Cagiga”, situada en la 1ª planta de la torre D del hospital marqués de Valdecilla. Presenta una amplia cartelera de servicios: pruebas de transmisión sexual, interrupción voluntaria del embarazo, consultas, píldora del día después... (70,71).
- Sensibilizar, informar y motivar sobre el uso de los diferentes métodos anticonceptivos, aportando consejos y recomendaciones individualizadas (65).
- Verificar que la información que reciben por parte de otras fuentes de información es verídica y basada en conocimientos científicos. Actualmente, debido a las nuevas tecnologías, internet se ha convertido en una de las principales fuentes de información de los más jóvenes, lo cual, en ocasiones, puede presentar un impacto negativo, pues están recibiendo información no verídica o dañina (63). Sin embargo, las TIC (tecnología de la información y comunicación) pueden convertirse en un gran aliado para los profesionales sanitarios, pues suponen una herramienta fundamental de interacción entre los adolescentes. Por lo tanto, una educación en sexualidad de calidad, mediante las nuevas tecnologías y dirigida por profesionales, puede convertirse en una alternativa para llegar y atraer a los más jóvenes (27,72).
- Involucrar a la familia, y a sus redes de apoyo en la formación afectivo-sexual (56,65).

Los profesionales sanitarios pueden de forma breve y concisa realizar recomendaciones a los adolescentes, a través del consejo sanitario, pero ¿es este realmente eficaz?, ¿Produce una mejora en los conocimientos, actitudes y habilidades de los adolescentes? Existen pocos estudios que evalúen la eficacia real de este tipo de intervención a la hora de disminuir el embarazo precoz. Un artículo, el cual recoge las conclusiones de diversos estudios, refleja que en el ámbito sanitario el consejo presenta un escaso impacto, pero al cambiar de ámbito, en concreto en el ámbito educativo, este incrementa su eficacia. Por lo tanto, se puede concluir que es fundamental y necesario mantener una buena conexión entre los recursos sanitarios y los colegios, para garantizar una formación e información basada en la evidencia (60).

En cuanto a las acciones preventivas destinadas a reducir los embarazos en las adolescentes, un estudio realizado en la comunidad valenciana reveló, que un 30,5% del personal de enfermería nunca las implantó. Este porcentaje se debe a la existencia de diversas dificultades: falta de tiempo, presencia de los progenitores o de la pareja, falta de formación por parte del profesional, temor a incomodar al adolescente...(73).

3.2 Papel de la enfermería en la adolescente gestante.

En ocasiones, la prevención no es suficiente para evitar que ocurra este tipo de embarazos. Una vez se producen, el profesional de enfermería debe actuar para conseguir el bienestar tanto físico como mental de la futura madre, y evitar una segunda gestación (34).

El hecho de que una adolescente acuda a la consulta solicitando realizarse una prueba de embarazo, debe suponer una señal de alarma para el personal sanitario, tanto si es positivo, como si es negativo, pues el simple hecho de tener sospechas y realizarse un test, supone que ha llevado a cabo conductas de riesgo (14).

En caso de que la adolescente se encuentre embarazada, debemos evaluarla y asesorarla, y guiarla, aceptar y respetar la decisión que tome. Si la joven decide no continuar con la gestación, debemos informarla sobre el procedimiento y los riesgos de la interrupción voluntaria del embarazo. Si tras la información, decide continuar con este proceso, debemos acompañarla, y realizar un seguimiento tras él, teniendo en cuenta los aspectos tanto físicos, como psíquicos (14,27,65).

Otra de las opciones es que la joven decida continuar con el embarazo. En este caso, desde enfermería, debemos llevar a cabo el control prenatal, y un adecuado seguimiento de la gestación, evitando e identificando posibles factores de riesgo y complicaciones. En Cantabria estas visitas prenatales, y las del periodo del puerperio, se organizan en el protocolo de atención al embarazo y puerperio (74). El cronograma de las visitas prenatales se recoge en **la tabla 1**(74).

Semanas gestación	Frecuencia
< 12 semanas	1.ª visita
12-36 semanas	Cada 4-6 semanas
36-38 semanas	Cada 2 semanas
38-41 semanas	Cada semana
41-42 semanas	Cada 48 horas hasta finalización de la gestación

Tabla 1. Cronograma de las visitas prenatales. Protocolo de atención al embarazo y puerperio SCS(74).

La primera visita debe realizarse lo antes posible, y preferiblemente dentro de las primeras 12 semanas, pues reduce de forma considerable el riesgo obstétrico. Este primer control, va encaminado a determinar los riesgos que pueden aparecer durante el embarazo, así como, a detectar posibles complicaciones. También, en esta visita es fundamental determinar las semanas de gestación (74).

Las visitas posteriores tienen como objetivo controlar la evolución de la gestación, apoyar a la gestante, brindarla de información para un correcto autocuidado, y detectar posibles complicaciones. A partir de la semana 36 de gestación, las visitas se realizarán cada 2 semanas, y una vez la gestante entre en la semana 38, los controles se realizarán semanalmente. En la **tabla 2** se recoge el contenido de cada visita prenatal (74).

Actividades	Contenido de las visitas prenatales											
	Semanas de gestación											40-41-42
	8	12	16	20	24	28	32	36	38	39		
Historia Clínica	X											
Evolución del embarazo	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Exploración básica	X											
Control de tensión arterial	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Evaluación del peso	X	Ind	Ind	Ind	Ind	Ind	Ind	Ind	Ind	Ind	Ind	
EXPLORACIÓN GINECO-OBSTÉTRICA												
Altura uterina			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Frecuencia cardíaca fetal			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Percepción de movimientos fetales				X	X	X	X	X	X	X	X	X
Valoración estática fetal						X	X	X	X	X	X	X
Cardiotocograma basal (CTGB)												X
Maniobra Hamilton/ Índice de Bishop												Ind
PRUEBAS DE LABORATORIO												
Grupo ABO/Rh y estudio sensibilización materna	X (10s)					X						
Hemograma	X(10s)					X		X				
Pruebas de coagulación								X				
βHCG Libre y PAPP-A	X(10s)											
Ac. Antirubeola	Ind(10s)											
Hbs Ag	X(10s)								Ind			
Prueba de sífilis	X(10s)					Ind			Ind			
VIH	X(10s)					Ind			X			
Hepatitis C	Ind											
Enfermedad de Chagas	Ind											
Enfermedad Virus ZIKA	Ind											
Glucemia basal	X(10s)											
Hb glicosilada	Ind											
Sobrecarga 50 gr.						X						
PTG (100 gr.)		Si cumple indicaciones										
TSH	X											
Urocultivo	X				Ind				Ind			
Tiras reactivas orina				X	X	X	X	X				X
Citología vaginal	Ind											
Cultivo vaginal/anal estreptococo grupo B									X (36-37s)			
OTRAS ACTUACIONES												
Ecografía		X		X		X (34s)						Ind
DNA fetal en sangre materna		Ind										
Amniocentesis genética			Ind									
Profilaxis anti-D Mujer Rh -						X						
Vacunación anti-tosferina								X				
Vacunación anti-tetánica								X				
Revisión odontológica		Durante este período										
VALORACIÓN RIESGO	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
PREPARACIÓN MATERNIDAD Y PATERNIDAD		Durante este período										
EDUCACIÓN SANITARIA	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

Tabla 2. Contenido de las visitas prenatales. Protocolo de atención al embarazo y puerperio SCS (74).

En la primera visita se realiza la historia clínica de la paciente, teniendo en cuenta sus antecedentes personales y familiares, y recogiendo, también, la historia social de la joven. Se lleva a cabo una exploración física, y se realizan varios cribados para detectar el riesgo gestacional. Algo fundamental de esta primera visita, son las recomendaciones sobre los distintos suplementos, y la promoción y educación sanitaria respecto a la gestación y el resto de las consultas (74).

En las visitas sucesivas, se realizan controles para valorar la evolución del embarazo: análisis de sangre y orina, evaluación del peso y la presión arterial, ecografías, actividades de prevención, y como en cada consulta, promoción y educación sanitaria (74).

En el caso de las adolescentes, hay varios aspectos que debemos considerar “diana”: la nutrición, y el control de los hábitos tóxicos. Como se mencionó en el anterior capítulo, los adolescentes, en ocasiones, llevan una dieta poco equilibrada y variada, lo que genera deficiencias nutricionales. En estas gestantes, además, es fundamental el control del peso en cada visita, pues muchas jóvenes se encuentran en los extremos, es decir, presentan obesidad, o un bajo peso para su edad. Con relación a los hábitos tóxicos, debe evaluarse en cada visita, y en caso de presentar, informar de los riesgos que suponen y fomentar su abandono (14).

Otros aspectos que debemos evaluar como personal de enfermería son: el estado vacunal de la joven; la salud mental, utilizando para ello escalas que nos ayuden a medirlo de forma objetiva; la existencia de violencia... (14,74).

Una vez finalizada la gestación, y producido el expulsivo, es necesario continuar con los controles. El sistema cántabro de salud determina dos visitas puerperales. La primera de las visitas se recomienda que sea lo antes posible, y preferiblemente dentro de los primeros 10 días. Se evaluará la adaptación de la adolescente a la nueva situación que ha acontecido en su vida, se valorará el estado psíquico y físico de la mujer, y se instruirá a cerca de la forma de alimentación que desee dar a su recién nacido (74).

La segunda visita se realiza una vez han transcurrido 6 semanas desde el parto. Debe reevaluarse la situación física y psíquica de la mujer, y en esta visita es fundamental informar y determinar con la joven adolescente el método anticonceptivo más eficaz y que mejor se adapta a ella, para evitar así una posible segunda gestación (74).

Además de los controles prenatales y los posteriores al parto, es importante realizar una serie de acciones e intervenciones generales:

- Brindar un cuidado multidisciplinario y holístico, teniendo en cuenta no solo los aspectos biológicos, si no también, la esfera social y psicológica de la adolescente, dejando de lado los prejuicios y estereotipos que, en ocasiones, esta situación puede generar (65).
- Dar a conocer a la adolescente todas las opciones que presenta. Sea cual sea su decisión, debemos, respetarla, aceptarla y acompañarla (65).
- Informar a la futura madre sobre las posibles complicaciones de la gestación, así como, brindar herramientas para que sea capaz de reconocer signos y síntomas de posibles complicaciones (65).
- Fomentar el autocuidado de la adolescente, insistiendo en la no interrupción de su vida cotidiana, e intentado fomentar y motivar la continuación de sus estudios.
- Reconocer las necesidades de cuidado (65).
- Dar a conocer y animar a la joven a acudir a grupos de preparación al parto y lactancia (65).
- Instruir en materia anticonceptiva, evitando así un posible segundo embarazo(65).

- Involucrar a la familia y pareja durante todo el proceso, tanto en el cuidado de la gestante, como en el del recién nacido (65).

La adopción es una de las opciones que, aunque de forma menos frecuente, eligen algunas adolescentes gestantes. Estos casos, suponen una situación complicada, que debe ser manejada desde el conocimiento, y con gran tacto por parte del profesional. Hay que garantizar soporte psicológico para la joven, establecer contacto con los servicios sociales, y ayudar a la adolescente a solucionar todo el entramado legal que supone (14).

6. CONCLUSIONES

El embarazo en la adolescencia supone una realidad a la cual cada vez más jóvenes deben hacer frente, especialmente, aquellas que habitan en países menos desarrollados. Es tal el impacto, que ha pasado a ser considerado un problema de salud pública en todo el mundo. Se ha podido concluir, que esta realidad puede venir influenciada por determinados factores, así como, conductas de riesgo. La familia de la joven adolescente, su educación, su futuro laboral, su economía, o la cultura en la que se ha desarrollado, entre otros, son determinantes y aumentan la probabilidad de que una joven adolescente pueda llegar a quedarse embarazada. Dentro de las conductas de riesgo, destaca el no uso o uso inadecuado de los diferentes métodos anticonceptivos, debido a la falta de información que genera en los adolescentes un alto grado de desconocimiento.

Una gestación en esta etapa de la vida supone mayores riesgos biológicos, tanto para la adolescente como para el futuro bebé, aumentando las complicaciones durante el embarazo, el parto y el puerperio. Hipertensión y diabetes gestacional, infecciones urinarias y vaginales, lesiones y desgarros vaginales debido a un mayor número de partos instrumentados, anemia, escasa ganancia ponderal..., son algunas de las complicaciones que pueden darse en la futura madre adolescente debido a la ausencia de un completo desarrollo de la joven. En el recién nacido destaca el bajo peso al nacer y los bebés pretérminos.

Pero, no solo aumentan los riesgos biológicos; si no también, los psicológicos, sociales y económicos, pudiendo generar "el síndrome del fracaso". Este tipo de gestaciones suelen darse de forma inesperada, por lo que la joven debe hacer frente a una nueva realidad que generará, en la mayoría de los casos, inseguridad y sensación de ruptura con sus planes de futuro.

Disminuir el embarazo en este grupo etario debe ser uno de los objetivos sanitarios, y para ello es fundamental impulsar políticas que lo favorezcan, así como, proporcionar educación y promoción de la salud a los más jóvenes. Esta educación afectivo-sexual, no solo debe realizarse a través del ámbito sanitario, en donde el papel de la enfermería es fundamental a la hora de transmitir información, resolver aquellas dudas que los jóvenes puedan presentar y mostrar apoyo a las jóvenes; si no también, a nivel de las escuelas, las familias o los medios de comunicación. En estos ámbitos, la enfermería también juega un papel importante, asesorando y formado a diversos profesionales no sanitarios con el objetivo de que la información que se transmita sea verídica y basada en evidencia científica.

7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Diccionario de Acción Humanitaria y Cooperación al Desarrollo [Internet]. Universidad del país vasco Hegoa; [citado 28 de diciembre de 2021] Disponible en: <https://www.dicc.hegoa.ehu.eus/listar/mostrar/68>
2. El embarazo en la adolescencia. [Internet]. Who.int. [Citado el 28 de diciembre de 2021]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy>
3. Unicef. ¿Qué es la adolescencia? [Internet] Unicef.org. [Citado el 28 de diciembre de 2021]. Disponible en: <https://www.unicef.org/uruguay/que-es-la-adolescencia>
4. Etapas de la adolescencia [Internet]. 2019. HealthyChildren.org. Disponible en: <https://www.healthychildren.org/Spanish/ages-stages/teen/Paginas/Stages-of-Adolescence.aspx>
5. Robaina-castillo I, Hern F, Ruiz L, Yara A, Provincial H, Doce G, et al. Consideraciones actuales sobre el embarazo en la adolescencia. Rev Univ médica Pinareña [Internet]. 2019;15(1):123–33. Disponible en: <http://www.revgaleno.sld.cu/index.php/ump/article/view/331/html>
6. Soriano Guillén L. Pubertad normal y variantes de la normalidad. Pediatr Integr [Internet]. 2015;19(6):380–8. Disponible en: <https://www.pediatriaintegral.es/publicacion-2015-07/pubertad-normal-y-variantes-de-la-normalidad/>
7. Silveira YP, San J, Borges M, Boloy MD. Algunas consideraciones sobre el embarazo en la adolescencia. Rev Inf Cient 2017 [Internet]. 2017;96(3):516–26. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=73406>
8. Gómez AMM, Olivera RAP, Amores CED, Soto MA. Conditioning factors and social consequences of teenage pregnancy | Condicionantes y consecuencias sociales del embarazo en la adolescencia. Rev Cuba Obstet y Ginecol [Internet]. 2019;45(2):1–21. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revcubobsgin/cog-2019/cog192q.pdf>
9. Gomez-Mercado CA, Gregory M-S. Prevalencia de embarazo y características demográficas, sociales, familiares, económicas de las adolescentes, Carepa, Colombia. CES Salud Pública [Internet]. 2017;8(1):25–33. Disponible en: <https://www.proquest.com/docview/1967440173/A81CBACB76BF45A6PQ/12%0Ahttps://search-proquest-com.vpn.ucacue.edu.ec/docview/1967440173?pq-origsite=summon>
10. Instituto nacional de estadística [Internet]. Indicador 3.7.2. Tasa de fecundidad de las adolescentes (entre 10 y 14 años y entre 15 y 19 años) por cada 1.000 mujeres de ese grupo de edad. 2020; .[citado 28 de diciembre de 2021]. Disponible en: <https://www.ine.es/dyngs/ODS/es/indicador.htm?id=4864>
11. Fernández R [Internet]. Número de nacimientos en España en 2020, según la edad de la madre. 22 julio de 2021; [citado 28 de diciembre de 2021]. Disponible en: <https://es.statista.com/estadisticas/474282/numero-de-nacimientos-en-espana-por-edad-de-la-madre/>
12. Hernández Cordero AL, Alessandro G, Aventín Bielsa A, Hervas Blanco L. Atención socio-sanitaria a embarazos tempranos y madres adolescentes en España. Cuad Investig En Juv [Internet]. 2019;Nº 7:50–66. Disponible en: https://zaguan.unizar.es/record/84701/files/texto_completo.pdf
13. UNFPA [Internet] América Latina y el Caribe . Embarazo en adolescentes; [citado 28 de diciembre 2021]. [1 pantalla]. Disponible en: <https://lac.unfpa.org/es/temas/embarazo-en-adolescentes>
14. Castro Martín B, Martínez Montoro B, Panal Cusati M. Embarazo en la adolescencia. Aspectos a tener en cuenta. Rev Form Contin la Soc Española Med la Adolesc [Internet].

- 2013;1(2):57–68. Disponible en: https://www.adolescenciasema.org/ficheros/REVISTA_ADOLESCERE/vol1num2-2013/57-68.pdf
15. E. Vargas-Campuzano. Embarazo adolescente: sus causas y repercusiones en la diada. 2017;55(2):223–9. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2017/im172o.pdf>
 16. Rodríguez Bustamante A, Vicuña Romero JJ, Zapata Posada JJ. Familia y escuela: educación afectivo-sexual en las escuelas de familia. Vol. 5821, Revista Virtual Universidad Católica del Norte. 2021. 312–344 p. Disponible en: <https://revistavirtual.ucn.edu.co/index.php/RevistaUCN/article/view/1268/1643>
 17. Organización Panamericana de la Salud [Internet] Determinantes sociales de la salud; [citado 28 de diciembre 2021]. [1 pantalla]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/determinantes-sociales-salud>
 18. Esperanza D, González C, Meralys L, Gelis M, Lic III, Finlay CCJ. Los determinantes sociales de la salud y sus diferentes modelos explicativos. Rev Inf científica para la Dir en Salud INFODIR [Internet]. 2012;0(15). Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/infodir/ifd-2012/ifd1215d.pdf>
 19. Madrid Gutiérrez J, Hernández Cordero A<., Gentile A, Cevallos Platero L. Embarazos y maternidad adolescente desde una perspectiva cualitativa en ciencias sociales. Rev Form Contin la Soc Española Med la Adolesc [Internet]. 2019;7(1):39–47. Disponible en: https://zagan.unizar.es/record/87719/files/texto_completo.pdf
 20. Cient R. Embarazo en adolescentes: factores psico-sociales. Rev Cient Investig Actual del mundo las ciencias [Internet]. 2018;2:315–31. Disponible en: <https://www.reciamuc.com/index.php/RECIAMUC/article/view/94>
 21. Gentile A, Hernández Cordero AL, Tanase EL. Perfil socio-demográfico de madres adolescentes en España. Acciones e Investig Soc [Internet]. 2020;40(40):109–33. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7257769>
 22. Instituto Nacional de Estadística [Internet]. Indicadores de Fecundidad. Resultados por comunidades autónomas. 2020; [citado 28 de diciembre 2021]. [1 pantalla]. Disponible en: <https://www.ine.es/jaxiT3/Tabla.htm?t=1440&L=0>
 23. Venegas M, Valles BN. Factores de riesgo que inciden en el embarazo adolescente desde la perspectiva de estudiantes embarazadas. Rev Pediatr Aten Primaria [Internet]. 2019;21(1139):109–19. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322019000300006&lng=es&nrm=iso&tIng=es%0Afile:///C:/Users/COR15/Documents/proyecto integrador cuarto actual/1139-7632-pap-21-83-e109.pdf
 24. Favier Torres MA, Samón Leyva M, Ruiz Juan Y, Franco Bonal A. Factores de riesgos y consecuencias del embarazo en la adolescencia. Rev Inf Científica [Internet]. 2018;97(1):205–14. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revinficie/ric-2018/ric181w.pdf>
 25. Henry FG, Sánchez IBAR, Lugones IM, Margarita II, Palacio A. Características epidemiológicas del embarazo en la adolescencia Epidemiological Characteristics of Adolescent Pregnancy. Rev Cuba Ginecol y Obstet [Internet]. 2017;43(3):15–27. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2017000300003
 26. Encuesta nacional sobre sexualidad y anticoncepción entre los jóvenes españoles (16-25 años) [Internet]. Sociedad Española de Contracepción.2019 [citado 28 diciembre 2021].. Disponible en: <http://sec.es/encuesta-nacional-sobre-sexualidad-y-anticoncepcion-entre-los-jovenes-espanoles-16-25-anos/>
 27. García Polanco M. Las conductas sexuales de riesgo de los adolescentes españoles. RqR Enfermería Comunitaria (Revista SEAPA). 2014;2(2):38–61. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4724676>
 28. Folch C, Álvarez JL, Casabona J, Brotons M, Castellsagué X. Determinantes de las

- conductas sexuales de riesgo en jóvenes de Cataluña. *Rev Esp Salud Publica* [Internet]. 2015;89(5):471–85. Disponible en: https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/resp/v89n5/05_original3.pdf
29. Sánchez-Meneses MC, Dávila-Mendoza R, Ponce-Rosas ER. Conocimiento y uso de métodos anticonceptivos en adolescentes de un centro de salud. *Atención Fam* [Internet]. 2015;22(2):35–8. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/S1405-8871\(16\)30044-X](http://dx.doi.org/10.1016/S1405-8871(16)30044-X)
 30. Orcasita L, Mosquera Gil J, Carrillo González T. Autoconcepto, autoeficacia y conductas sexuales de riesgo en adolescentes. *Inf Psicológicos* [Internet]. 2018;18(2):141–68. Disponible en: <https://revistas.upb.edu.co/index.php/informespsicologicos/article/view/732/561>
 31. Espada JP, Morales A, Orgilés M. Riesgo sexual en adolescentes según la edad de debut sexual. *Acta Colomb Psicol.* 2014;17(1):53–60. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5781933>
 32. Tapia-Martínez H, Hernández-Falcón J, Pérez-Cabrera I, Jiménez-Mendoza A. Conductas sexuales de riesgo para embarazos no deseados e infecciones de transmisión sexual en estudiantes universitarios. *Enfermería Univ* [Internet]. 2020;17(3):294–304. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S1665-70632020000300294&script=sci_arttext&tlng=es
 33. Yago-Simón T, Tomás-Aznar C. Gender conditionings and unplanned pregnancies in adolescents and young girls. *An Psicol* [Internet]. 2015;31(3):972–8. Disponible en: https://scielo.isciii.es/pdf/ap/v31n3/psicologia_adolescencia2.pdf
 34. De Freitas Galvão RB, Figueira CO, Borovac-Pinheiro A, De Morais Paulino DS, Faria-Schützer DB, Surita FG. Hazards of repeat pregnancy during adolescence: A case-control study. *Rev Bras Ginecol e Obstet* [Internet]. 2018;40(8):437–43. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/rbgo/a/wvbfVqK7Fr8R8fbHZKPs55D/abstract/?lang=en>
 35. Caldeón L, Rueda D, Arias P PD. *Dialnet-ElEmbarazoYSusComplicacionesEnLaMadreAdolescente-7591593* (1). 2020;(3). Disponible en: [https://dialnet-unirioja-es.unican.idm.oclc.org/servlet/articulo?codigo=7591593](https://dialnet-unirioja.es/unican.idm.oclc.org/servlet/articulo?codigo=7591593)
 36. Vallejo J. Embarazo en adolescentes complicaciones. *Rev Medica Costa Rica y Centroam.* 2013;(605):65–9. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revmedcoscen/rmc-2013/rmc131m.pdf>
 37. Elizabeth J, Egüez V, Isabel M, Navarro H, Joe J, Cotto R, et al. Complicaciones perinatales asociadas al embarazo en adolescentes de Atacames. *Rev Cuba Med Gen Integr.* 2018;34(1):37–44.
 38. Martínez-cancino GA, Díaz-zagoya JC, Romero-vázquez A. Factores de riesgo asociados a parto pretérmino en adolescentes. *Salud en Tabasco.* 2017;23(1–2):13–8. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/487/48754566003.pdf>
 39. Grillo-Ardila CF, Bautista-Charry AA, Diossa-Restrepo M. Breech presentation delivery care: A review of childbirth semiology, mechanism and care. *Rev Colomb Obstet Ginecol* [Internet]. 2019;70(4):253–65. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74342019000400253
 40. SINC [Internet]. La pelvis femenina cambia con los años para facilitar el parto. 2016; [citado 28 diciembre 2021]. [1 pantalla]. Disponible en: <https://www.agenciasinc.es/Noticias/La-pelvis-femenina-cambia-con-los-anos-para-facilitar-el-parto>
 41. La Rosa AF. Complicaciones en recién nacidos de madres adolescentes tempranas en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza de mayo del 2008 a mayo del 2012. *Horiz Médico.* 2015;15(1):14–20. Disponible en:

- <http://www.scielo.org.pe/pdf/hm/v15n1/a03v15n1.pdf>
42. Guillén-Astete CA, Zamorano Serrano M, Carballo Carmona C, Penedo Alonso R. Incremento del riesgo obstétrico en embarazo adolescente. Estudio de casos y controles. *Acta Reum* [Internet]. 2016;12(4):1–6. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5797258>
 43. Heredia-Olivera K, Munares-García O. Factores maternos asociados al bajo peso al nacer. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*. 2016;54(5):562–7. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2016/im165c.pdf>
 44. Icaza Cárdenas J, Vásquez Cedeño D. Anemia en embarazadas menores de 20 años y su relación con el bajo peso del recién nacido; hospital materno infantil Mariana de Jesús, segundo semestre de 2012. *Medicina (B Aires)*. 2014;18(3):145–8.
 45. Arana-terranova AA, Gomez-vergara SB, Intriago-rosado AM. Factores de riesgo que conllevan a la anemia en gestantes adolescentes de 13-19 años. *Dominio Las Ciencias*. 2017;3:431–47.
 46. Ugalde-Valencia D, Hernández-Juárez MG, Ruiz-Rodríguez MA, Villarreal-Ríos E. Infecciones del tracto genital y urinario como factores de riesgo para parto pretérmino en adolescentes. *Rev Chil Obstet Ginecol*. 2012;77(5):338–41.
 47. BCN. Interrupción voluntaria del embarazo: definición, proyectos de ley y legislación extranjera. *Bibl del Congr Nac Chile*. 2015;2–14.
 48. Murillo P, Gallego M, Botero C. Efectos Del Aborto En La Salud Mental De La Mujer. *Rev Electrónica Psyconex* [Internet]. 2017;9(14):1–13. Disponible en: <https://revistas.udea.edu.co/index.php/Psyconex/article/view/328510>
 49. Datos estadísticos [Internet]. Gob.es. [citado el 27 de enero de 2022]. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/embarazo/ta_blas_figuras.htm
 50. BOE.es- BOE-A-1985-14138 Ley Orgánica 9/1985, de 5 de julio, de reforma del artículo 417 bis del Código Penal [Internet]. Boe.es.[citado el 27 enero 2022]. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1985-14138>
 51. BOE.es-BOE-A-2010-3514 Ley orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo.[Internet].Boe.es.[citado 27 enero 2022]. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2010-3514>
 52. BOE.es- BOE-A-2015-10141 Ley Orgánica 11/2015, de 21 de septiembre, para reforzar la protección de las menores y mujeres con capacidad modificada judicialmente en la interrupción voluntaria del embarazo.[Internet].Boe.es.[citado 27 enero 2022].Disponible en: https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2015-10141
 53. Aznar J, Cerdá G. Aborto y salud mental de la mujer. *Abort Ment Heal women* [Internet]. 2014;20(2):189–95. Disponible en: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=fua&AN=99427647&lang=es&site=ehost-live>
 54. Vivanco L. Aborto y salud mental. *Pers y bioética*. 2011;15(3):209–10. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/pebi/v15n2/v15n2a08.pdf>
 55. Corona HF, Funes DF. Abordaje de la sexualidad en la adolescencia. *Rev Médica Clínica Las Condes*. 2015;26(1):74–80. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-abordaje-sexualidad-adolescencia-S0716864015000127>
 56. Dominguez Jay N LVY. Intervención educativa sobre el embarazo en la adolescencia en Venezuela. *Dir municipal Hig y Epidemiol Guantánamo*. 2011;70(2):1-13 Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/5517/551757297008.pdf>
 57. WHO. La salud sexual y su relación con la salud reproductiva: un enfoque operativo. *Hum Reprod Program*. 2018;1–12. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274656/9789243512884-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

58. Galet Macedo M, Seijas Fernández R. Relación entre la educación afectivo-sexual y el consumo de anticonceptivos de emergencia. *Hekademos Rev Educ Digit*. 2015;(18):27–37. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6280704>
59. Franco MTB, Fernández BG. La educación afectivo-sexual en España. Análisis de las leyes educativas en el periodo 1990-2016. *Opcion*. 2016;32(Special Issue 13):756–89. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5844691>
60. Colomer J. Prevención del embarazo en la adolescencia. *Rev Pediatría Atención Primaria*. 2013;15:261–9. Disponible en: https://scielo.isciii.es/pdf/pap/v15n59/grupo_previnfad.pdf
61. García-Vázquez J, Ordóñez AL, Álvarez ÓS. Evaluación de proceso del programa de educación afectivo-sexual Ni ogros ni princesas. *Glob Health Promot*. 2012;19(2):78–86. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/262110954_Evaluacion_de_proceso_del_programa_de_educacion_afectivo-sexual_Ni_ogros_ni_princesas
62. Gómez JVG MAGMÁ MCC. Programa de educación en sexualidad para la ESO. “Ni ogros ni princesas.” *Cons Salud* [Internet]. 2009;5–38. Disponible en: <https://www.astursalud.es/documents/35439/39933/Ni+ogros+ni+princesas+nueva+edicion+2021.pdf/659d2689-cf22-0e28-aa49-5d219d8451b4?t=1621241636617>
63. Díez Prieto A. La educación sexual en las leyes educativas españolas. *Educación (NOS)*. 2018;82:5–8. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6464657>
64. BOE.es-BOE-A-2020-17264 Ley Orgánica 3/2020, de 29 de diciembre, por la que se modifica la Ley Orgánica 2/2006, de 3 de mayo, de educación [Internet]. Boe.es. [citado 15 febrero 2022]. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2020-17264>
65. Noguera O. N, Alvarado R. H. Embarazo en adolescentes: una mirada desde el cuidado de enfermería. *Rev Colomb Enfermería* [Internet]. 2012;7(7):151–60. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4069201&info=resumen&idioma=SPA>
66. Sanz-Martos S, López-Medina IM, Álvarez-García C, Álvarez-Nieto C. Effectiveness of educational interventions for the prevention of pregnancy in adolescents. *Aten Primaria* [Internet]. 2019;51(7):424–34. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2018.04.003>
67. Campañas 2019 [Internet]. Gob.es. [citado 15 febrero 2022]. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/campanas/campanas19/home.htm>
68. Notas de Prensa [Internet]. Gob.es. [citado 15 febrero 2022]. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/gabinete/notasPrensa.do?id=4730>
69. Grupo de trabajo del PSIAC. Programa de salud de la infancia y adolescencia de Cantabria (PSIAC). Gobierno de Cantabria. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales. 2014. p. 7–295.
70. Servicios de atención y orientación sobre sexualidad [Internet]. Espacio Joven. Ayuntamiento de Santander. Disponible en: <https://www.juventudsantander.es/entrada-guia/servicios-de-atencion-y-orientacion-sobre-sexualidad>
71. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla (HUMV)-Inicio [Internet]. Humv.es. [citado 15 febrero 2022]. Disponible en: <http://www.humv.es/>
72. Vanegas de Ahogado BC, Pabón Gamboa M, Plata de Silva RC. Contribución científica y académica de estudios sobre sexualidad juvenil realizados en una facultad de enfermería de Colombia. *Rev Colomb Enfermería*. 2021;20(1):e029. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8064432>
73. Hurtado Murillo F, Donat Colomer F, Colomer Revuelta J, Pla Ernst E, Sánchez Guerrero A, Sarabia Vicente S, et al. Promoción, prevención, detección y actuación ante embarazos no deseados e infecciones de transmisión sexual en adolescencia desde Atención

Primaria. Cuad Med psicosomática y Psiquiatr enlace [Internet]. 2014;(111):62–78.
Disponible en:
<http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4906940&info=resumen&idioma=SPA>

74. Odrizola J, Quintana C, Lavín M, Y. Martín Y, Temprano A, Royano C, Bustamante E, Sánchez M, S F. Protocolo de Atención al Embarazo y Puerperio. Serv Cántabro salud Cons Sanidad Gob Cantab [Internet]. 2017;1:51–5. Disponible en: https://saludcantabria.es/uploads/PROTOCOLO_ATENCION_EMBARAZO_Y_PUERPERIO_2017.Final_29.1.18.pdf