

República Dominicana
Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña
Facultad de Ciencias de la Salud
Escuela de Medicina
Residencia de Medicina Familiar y Comunitaria

**COMPLICACIONES MÁS FRECUENTES EN LAS ADOLESCENTES.
HOSPITAL LOCAL EL ALMIRANTE DE SANTO DOMINGO ESTE.
AGOSTO – SEPTIEMBRE 2021.**

Tesis de posgrado para optar por el título de especialista en:
MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA



Sustentante

DRA. JOSEFINA CASTILLO

Asesoras:

DRA. CLARIDANIA RODRÍGUEZ (METODOLÓGICO)

DRA. INDY NÚÑEZ (CLÍNICO)

Distrito Nacional: 2021

ÍNDICE

CAPÍTULO I	4
I.1. INTRODUCCIÓN	4
1.1.1. Antecedentes	5
1.1.2. Justificación	9
1.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	10
1.3. OBJETIVOS	12
1.3.1. Objetivo General	12
1.3.2. Objetivos Específicos	12
CAPÍTULO II.-	13
MARCO TEÓRICO	13
II.1.- Adolescencia.	13
II.2.- Adolescencia Temprana	14
II.3.- Adolescencia Media	15
II.4.- Adolescencia Tardía	17
II.5.- Cambios y aspectos en la adolescencia	17
II.6.- Aspectos psicológicos de la sexualidad	19
II.7. Conceptos de Atención Primaria en Salud (APS)	27
II.7.1.- Atención Primaria de Salud en los sistemas de salud	33
II.7.2.- Frecuencia, presión de demanda, adecuación y extensión de uso en los servicios de salud	37
II.7.3.- Enfermedades más frecuentes	39
II.7.3.1.- Hipertensión arterial	39
II.7.3.2.- Diabetes mellitus	42
II.7.3.4. Hombro doloroso	44
II.7.5. Faringoamigdalitis aguda	48
II.7.3.5. Proceso Gripal	51
II.8.- El Embarazo en la Adolescente	55
II.10. Complicaciones del Embarazo adolescente.	68
II.10.1. Taquisistolia	68

II.10.2. Atonia uterina	68
II.10.3. Desprendimiento Prematuro de Placenta	69
II.11. Mortalidad Materna en Adolescentes	71
II.11.1. Morbilidad obstétrica en las adolescentes	72
CAPÍTULO III	74
III.1. Variables	74
III.2. Operacionalización de las variables	75
III.3. DISEÑO METODOLÓGICO	76
III.3.1 Tipo de estudio	76
III.3.2 Ámbito del estudio	76
III.3.3. Tiempo de realización	76
III.3.4. Población.	76
III.3.5. Criterios de inclusión	76
III.3.6. Criterios de exclusión	77
III.3.7. Fuente de información	77
III.3.8. Método de recolección de datos	77
III.3.9. Técnica	77
III.3.10. Análisis de datos	77
III.3.11. Principios éticos	78
CAPÍTULO IV.	79
BIBLIOGRAFÍA	79
ANEXOS	82
Cronograma de Actividades	82
Presupuesto	83

CAPÍTULO I

I.1. INTRODUCCIÓN

La palabra adolescencia procede del latín *adoleceré* que significa crecer, desarrollarse. En tal sentido, en la adolescencia se produce una crisis que se relaciona con el ciclo vital, en la cual se da una agudización en las contradicciones sobre la dinámica de las relaciones internas. Esta constituye un período de transición; abarca entre los 10 y 19 años de edad. Comprende la pubertad (etapa de juventud hasta los 20 años), y la juvenilia (rasgos biológicos de la adolescencia en los adultos).

La adolescencia constituye una etapa del desarrollo del ser humano, en la que se evidencian importantes cambios psicológicos, biológicos y sociales; generalmente cambios bruscos, rápidos, repentinos o demorados. Con un ritmo acelerado crea ansiedad y con ritmo demorado crea zozobra e inquietud.

Aunque las circunstancias de las enfermedades en adolescentes varían mucho, destacan algunos rasgos comunes: los cuerpos más jóvenes están en permanente cambio, cambios de humor y hormonales que contribuyen a que sean más vulnerables. En específico las madres adolescentes se enfrentan a un riesgo más alto de parto obstruido que las mujeres de veinte y tantos años y de más edad. Sin una atención obstétrica de urgencia adecuada, esto puede conducir a la ruptura del útero, que conlleva un alto riesgo de muerte tanto para la madre como para el bebé.¹

La finalidad de realizar esta investigación es identificar cuáles son las características de las complicaciones más frecuentes en adolescentes que asisten a la consulta del Hospital El Almirante de Santo Domingo Este durante el periodo agosto – septiembre 2021, a fin de contar con datos actualizados que nos ayuden a obtener intervenciones eficaces ante dicha problemática.

¹Alvarez, R. (1991). Salud Pública. Medicina Preventiva. México. Editorial Manual Moderno

1.1.1. Antecedentes

Ortiz, Otálora, Muriel, y Luna, en Chile, en 2018, con el objetivo de determinar si la adolescencia es un factor de riesgo para complicaciones maternas y neonatales. Estudio de casos y controles en un hospital de tercer nivel con muestra de 560 pacientes en una relación de 3 a 1, datos recogidos durante el periodo de noviembre de 2016 hasta julio de 2017; se recopilaron características sociodemográficas mediante encuesta (y revisión de historia clínica; con base en las variables significativas se generó un análisis bivariado y finalmente un multivariado por medio de una regresión logística. Se evidenció que la adolescencia es factor de riesgo para trastornos hipertensivos del embarazo; pre eclampsia con hallazgos de severidad; corioamnionitis; ingreso materno; prematuridad. La adolescencia es un factor de riesgo para trastornos hipertensivos, corioamnionitis y prematuridad.²

Alemán, Colistro, Colomar, CAvalleri, Alegretti y Buglioli, en Uruguay, en 2018, llevaron a cabo un estudio con el objetivo de describir la evolución de la mortalidad en adolescentes y analizar la carga de enfermedad en esta etapa de la vida, a través de la medida de los años de vida perdidos por muerte prematura en Uruguay y su comparación con los de América Latina y el Caribe según sexo, causa y subregión. **Metodología.** Se utilizaron fuentes de datos secundarias: el registro nacional de defunciones del Uruguay, el primer estudio de Carga Global de Enfermedad en Uruguay y la información presentada por la página de visualización de datos del Instituto de Métricas y Evaluación en Salud. **Resultados.** La mortalidad en los adolescentes se ha mantenido aproximadamente estable entre 1997 y 2015. Los años perdidos por muerte prematura para el Uruguay son más en los hombres y sus principales causas son los accidentes de tránsito, heridas auto infringidas y violencia. El mismo comportamiento se presenta en la región. **Conclusiones.** Los determinantes sociales de la salud vinculados a la pobreza e inequidad tienen un rol en el desarrollo

² Ortiz Martínez Roberth Alirio, Otálora Perdomo Mayra Fernanda, Delgado Ana Bolena Muriel, Luna Solarte Diego Andres. Adolescencia como factor de riesgo para complicaciones maternas y neonatales. Rev. chil. obstet. ginecol. [Internet]. 2018 Nov [citado 2021 Jul 26]; 83(5): 478-486. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262018000500478&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/s0717-75262018000500478>.

de depresión, conductas riesgosas y violentas que posiblemente expliquen la pérdida de años por muerte prematura en esta etapa de la vida.³

Vásquez, Macías, González, Pérez y Carrillo, en 2019, en Ecuador, llevaron a cabo un estudio con el objetivo de Identificar cuáles son los determinantes de la salud presentes en los adolescentes de la Comunidad Cerro Guayabal, Manabí, Ecuador **Métodos:** Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal. De una población de 244 adolescentes, se trabajó con una muestra de 151 adolescentes de ambos sexos. Se diseñó y aplicó una encuesta en función de recoger la información necesaria para el estudio, además de la observación in situ. **Resultados:** Los resultados precisaron prevalencia del sexo masculino, adolescencia temprana, condiciones regulares de la vivienda, necesidades básicas regularmente satisfechas, condiciones higiénicas sanitarias regulares, una gran cantidad de adolescentes con familiares diabéticos e hipertensos, adolescentes con mayor preferencia por alimentos no saludables y la mayoría sedentarios. **Conclusiones:** Queda demostrada la necesidad de continuar el estudio de otros determinantes que puedan estar influyendo en la salud de este grupo poblacional. Es pertinente, desarrollar de conjunto gobiernos-comunidad, diferentes acciones encaminadas a garantizar la salud de este grupo poblacional.⁴

Amorim, Silva, de Souza y Gomes, en 2018, en Brasil, con el objetivo de explicar cómo se construyen los vínculos entre la familia del niño / adolescente con enfermedad crónica y los diferentes servicios de la red asistencial, con la Atención Primaria de Salud como centro organizador de la atención. Realizaron un estudio con abordaje cualitativo, realizado con diez familiares de niños / adolescentes diagnosticados de enfermedad crónica entre mayo y noviembre de 2015. **Resultados:** el sentido de vínculo está relacionado con la atención que brindan los profesionales de la salud. La atención explicada en las marcas textuales analizadas es un concepto básico, que puede parafrasearse en sus diversos sentidos, tales como: accesibilidad, resolución, rendición de cuentas, humanización, empatía y expectativas satisfechas. **Conclusión:** Es necesario que cada punto de atención de la red asistencial buscada por la familia

³ Alemán, Alicia et al. Carga de enfermedad de los adolescentes en Uruguay y su comparación con la de América Latina y el Caribe. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. 2018, v. 23, n. 9 [Accedido 26 Julio 2021], pp. 2813-2820. Disponible en: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232018239.13702018>>. ISSN 1678-4561. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018239.13702018>.

⁴ Vásquez Giler, Yira Annabell et al. Determinantes de la salud en adolescentes de la comunidad Cerro Guayabal, Ecuador. *Revista Cubana de Salud Pública*. v. 45, n. 2, e1451. Disponible en: <>. ISSN 1561-3127.

sea un referente amplio, concreto y duradero, especialmente la Atención Primaria de Salud, que debe cumplir su papel de coordinadora de la atención y fuente de atención.⁵

Romero, Imbert y De La Cruz, realizaron una investigación buscando encontrar la Incidencia del Virus de Papiloma Humano en adolescentes embarazadas. Se trata de un estudio retrospectivo de carácter descriptivo de corte transversal, que se desarrolló en la provincia de Santo Domingo, Distrito Nacional, en el Instituto Dermatológico y Cirugía de Piel Doctor Huberto Bogaert Díaz en el periodo Abril 2011- Abril 2012, las adolescentes embarazadas que representaron unos 84 casos para un 9.3 por ciento. En la distribución de casos según los diferentes grupos etarios, encontramos que el rango 15-19 años representa un 89.3 por ciento. En la distribución de casos según el estado civil correspondió un 79.8 por ciento a Unión Libre. En la distribución de casos según el número de parejas encontramos un 84.5 por ciento para aquellas que solo habían tenido una pareja. En la distribución de casos según la edad gestacional de las adolescentes embarazadas con el virus de papiloma correspondió un 40.5 por ciento al segundo trimestre del embarazo. En la distribución de casos según la ubicación de la lesión, correspondió un 89.3 por ciento a la Vulva.⁶

Santamaría, Villar y Polanco, en el año 2012 realizaron una investigación para determinar Conocimientos de las adolescentes acerca de los factores de riesgo que pueden alterar la salud reproductiva, con una muestra conformada por 150 pacientes adolescente que asistieron a la consulta de ginecología. Las prácticas de riesgo de contraer una infección de transmisión sexual mayormente identificadas por las adolescentes fueron: tener relaciones sexuales sin protección en un 84 por ciento. En cuanto a prevención de la infección de transmisión sexual el condón fue el que reportó un 87 por ciento. Los factores de riesgo en el embarazo que más identificaron las adolescentes fueron anemia en un 80 por ciento. Los riesgos del aborto el que más predominó fue el sangrado abundante en un 91 por ciento. De acuerdo a las entrevistadas el embarazo no es solo una responsabilidad de la mujer en 73.3 por

⁵ Silva, Maria Elizabete de Amorim et al. DOENÇA CRÔNICA NA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA: VÍNCULOS DA FAMÍLIA NA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE¹ Artigo extraído da dissertação - Doença crônica na infância e na adolescência: vínculos de cuidado constituídos na rede de atenção à saúde, apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba (UFPB), em 2016. Auxílio financeiro do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (Processo nº 474762/2013-0). . Texto & Contexto - Enfermagem [online]. 2018, v. 27, n. 2 [Acessado 26 Julho 2021] , e4460016. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0104-070720180004460016>>. Epub 03 Maio 2018. ISSN 1980-265X. <https://doi.org/10.1590/0104-070720180004460016>.

⁶ Romero, Imbert y De La Cruz, Incidencia del Virus de Papiloma Humano en adolescentes embarazadas en el Instituto Dermatológico y Cirugía de Piel Doctor Huberto Bogaert Díaz en el periodo Abril 2011- Abril 2012. Tesis UASD 2012

ciento. El método anticonceptivo conocido y a la vez el más usado por las adolescentes fue el condón con un 82 por ciento. Las fuentes donde recibieron la información son: los médicos en un 55 por ciento. El medio donde más recibieron información fue la televisión en un 34 por ciento.

1.1.2. Justificación

La adolescencia es una época de rápido crecimiento y desarrollo físico y emocional, a medida que un niño se convierte en un adulto joven. Casi un tercio de las visitas al consultorio de los pacientes adolescentes se realizan a médicos de familia, por lo que los médicos de familia desempeñan un papel clave para ayudar los adolescentes y sus familias encuentran un camino saludable hacia la edad adulta. Los años de la adolescencia suelen ser desafiantes, exploratorios y gratificantes. El cuidado de esta población requiere que el médico de familia sea informado, digno de confianza y compasivo para poder brindar una atención completa y de calidad.

El cuidado de un paciente adolescente requiere un sentido fino de quién es el paciente —sus valores, intereses y metas— y dónde se encuentra en el contexto de sí mismo, su familia y su comunidad. Los médicos también deben incorporar la etapa de desarrollo del paciente y sus antecedentes culturales, lingüísticos y económicos en el plan de atención.

Este estudio es importante porque nos ayuda a tener una idea de cuáles son las complicaciones de riesgo más relevantes en los adolescentes. Con la misma se pueden llevar a cabo una serie de medidas destinadas a disminuir y/o a mejorar la salud de este grupo de la sociedad, para que los mismos puedan disfrutar de una vida plena y saludable.

1.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La atención de la salud de los adolescentes es un desafío en comparación con la de los niños y los adultos, debido a su rápido desarrollo físico, intelectual y emocional.

La evidencia de países de ingresos altos y de países de ingresos bajos y medianos (PIBM) sugiere que los servicios dirigidos a los adolescentes están muy fragmentados, mal coordinados y de calidad desigual.⁷

Además, los profesionales de la salud enfrentan varios desafíos con los adolescentes, ya que requieren habilidades especializadas para la consulta, la comunicación interpersonal y la atención interdisciplinaria.

Los médicos de familia atienden a la mayor cantidad de adolescentes en los Estados Unidos y están en una posición única para crear un ambiente médico centrado en el paciente (PCMH) para esta población desatendida.⁸

La morbilidad y la mortalidad entre los adolescentes siguen siendo en gran medida prevenibles, siendo las lesiones y la violencia las causas más comunes (que a menudo ocurren cuando los adolescentes están bajo la influencia de sustancias químicas que alteran el estado de ánimo). Otros problemas comunes que enfrentan los adolescentes son típicos de las poblaciones desatendidas e incluyen: acceso a la atención; detección, diagnóstico y tratamiento de infecciones de transmisión sexual (ITS); detección y tratamiento de la depresión y otras afecciones psiquiátricas; y acceso inadecuado a la atención reproductiva integral (incluida la planificación familiar, el asesoramiento sobre opciones de embarazo, la atención prenatal y los servicios de aborto).⁹

Dos aspectos únicos de la medicina familiar son su enfoque práctico interdisciplinaria y su uso de herramientas de salud pública para ayudar a prevenir

⁷ World Health Organization (WHO). Global standards for quality healthcare services for adolescents: A guide to implement a standards-driven approach to improve the quality of health services for adolescents. Volume 1: Standards and Criteria. Geneva: WHO; 2015

⁸ Blum RW, Nelson-Mmari K. The health of young people in a global context. *J Adolesc Health*. 2014;35(5):402-418

⁹ Emans SJ, Laufer MR, Goldstein DP. *Pediatric and Adolescent Gynecology*. 5th ed. Philadelphia, Pa.: Lippincott Williams & Wilkins; 2015.

enfermedades y enfermedades crónicas. Durante la última década, el reconocimiento de que la atención preventiva e integral es la clave para mantener saludables a los adolescentes estadounidenses ha mejorado enormemente la atención médica de los adolescentes.¹⁰

Dado que el acceso a la atención médica sigue siendo un problema para los adolescentes, las estrategias innovadoras para mejorar el acceso (por ejemplo, clínicas amigables para adolescentes, centros de salud en las escuelas) se están convirtiendo en componentes importantes de una atención médica superior para adolescentes. Es imperativo alentar y equipar a los médicos de familia para que colaboren y lideren la atención de la población adolescente dentro de las escuelas. Para optimizar la atención de los pacientes adolescentes por parte de médicos familiares, se hace la siguiente interrogante:

¿Cuáles son las complicaciones más frecuentes en las adolescentes que acuden a la consulta externa del Hospital Local El Almirante de Santo Domingo Este durante el periodo agosto – septiembre, 2021?

¹⁰ Neinstein, LS. Adolescent Health Care: A Practical Guide. 4th ed. Philadelphia, Pa.: Lippincott Williams & Wilkins; 2002

1.3. OBJETIVOS

1.3.1. Objetivo General

- Determinar las complicaciones más frecuentes en las adolescentes que acuden a la consulta externa del Hospital Local El Almirante de Santo Domingo Este durante el periodo agosto – septiembre, 2021.

1.3.2. Objetivos Específicos

- Describir las características de los rangos de edad de los pacientes adolescentes.
- Especificar el lugar de origen de los adolescentes que asisten a la consulta.
- Identificar los factores de riesgo de los adolescentes.
- Cuantificar la frecuencia de mortalidad de los adolescentes.

CAPÍTULO II.- MARCO TEÓRICO

II.1.- Adolescencia.

De acuerdo a la definición de adolescencia establecida por la (OMS), este es definido como período de la vida durante el individuo hace adquisición de una capacitación de reproducir, de la niñez a la adultez se transfieren consolidando una independencia socioeconómica de sus patrones psicológicos, fijando el límite entre 10 y 19 años.¹¹

Es dividida la adolescencia en tres etapas cada una con sus diferentes características y formas, que confrontan el embarazo:

1. Adolescencia temprana (entre los 10 años hasta 13 años): Con apego a la madre, los aislamientos y la depresión son ocasionados por la negación del embarazo, no teniendo lugar para su papa. El varón está ausente en sus planes.¹⁰

2. Adolescencia media (entre los 14 años hasta los 16 años): Una dramatización en todo el sentido, la experiencia que tenga, puede ser muy posesiva, que a su vez se experimenta como un instrumento de confirmación sobre la independencia de los padres. Su actitud es ambigua: de orgullo y de culpa. Tiene lugar seguro con el padre hacia el varón se considera como una esperanza en el futuro de importancia.¹⁰

3. Adolescencia tardía (entre 17 a los 19 años): Es adaptada al impacto de la realidad y afloran los sentimientos maternales. Con una gran búsqueda de afecto y compromiso para formar al hombre en parte y establecimiento de un compañero futuro.¹⁰

II.2. Características de la adolescencia.

El efecto de la aparición de la adolescencia varía de una persona a otra, de un grupo familiar a otro, de un país a otro y de una cultura a otra. A los adolescentes se les debe

¹¹Checa Susana, Género, Sexualidad y Derechos en la Adolescencia, primera ed, Buenos Aires, 2003.

entender como el producto de su época, de la cultura donde viven, de su historia personal y del ambiente donde se gesta el proceso.¹²¹¹

Desarrollo Psicosocial

Este se considera como el proceso que lleva a que un niño sea dependiente y se cambie a un adulto propio. Aunque se considera que toda meta es igual en todo país o ciudad y cultura, dicho proceso es unilateral en cada sociedad y edad. Un ejemplo es que la cultura occidental actual, se considera larga y fastidiosa, proceso por el cual se considera tedioso.^{13, 11}

Cualquiera que sea la cultura, la adolescencia está marcada por el logro de 3 tareas específicas: emancipación o sometimiento de la dependencia en los padres; formación de una identidad en los campos del autoconcepto sexual, intelectual y moral; y un papel funcional en determinar áreas como la vocacional, estilo de vida propio y formación de familia. Las adolescentes negocian estas tareas contra el trasfondo de su yo y del mundo exterior conformado por la familia, el colegio y el grupo de pares.¹¹

II.2.- Adolescencia Temprana

Las adolescentes tempranas están en la fase de crecimiento rápido y enfocan su atención de forma narcisista en sus cuerpos, tratando de integrar su rápido aumento en talla, su cambio en la forma y la creciente competencia física, elevación de sus sentimientos sexuales y una nueva sensación de poder dentro de su imagen corporal y espacio propioceptivo. Todavía hay mucha atadura a la familia y no crean muchos conflictos por el control. Al mismo tiempo están comenzando a explorar su pertenencia a los grupos de pares y su funcionamiento independiente en el mundo externo al hogar, pero sin respetar la autoridad paterna. Las relaciones con las jóvenes de la misma edad y sexo se hacen muy importantes y permiten a estas jóvenes que están cambiando rápidamente la confianza de saber que otras personas están pasando por lo

¹²¹¹ Botero-Uribe, J. y cols. Obstetricia y Ginecología: Texto Integrado. Universidad de Antioquia. 7ma Edición. 2004.

¹³¹¹ Botero-Uribe, J. y cols. Obstetricia y Ginecología: Texto Integrado. Universidad de Antioquia. 7ma Edición. 2004.

mismo al mismo tiempo sin considerarse extrañas. Estas relaciones con personas del mismo sexo también son de importancia para definir las dimensiones de popularidad y como un primer paso para descubrir qué se requiere para atraer y relacionarse positivamente con otros. Las consideraciones sobre el futuro vocacional tienden a estar limitadas a sueños de gloria y la identificación con otros modelos de adulto extra parentales, como adultos respetables, estrellas del espectáculo, héroes y heroínas literarias, personajes históricos y similares. Es un período en el que se está recogiendo información, se exploran elementos identificatorios de forma más profunda y se experimenta los comportamientos que funcionan para comenzar a finalizar un autoconcepto integrado y unificado adulto.¹⁴¹¹

II.3.- Adolescencia Media

El adolescente en la etapa Media, es el que arquetípicamente se identifica con la adolescencia. Se ha completado un 90-95 por ciento del crecimiento físico y se está consolidando la nueva imagen corporal adulta. El pensamiento abstracto ha comenzado a emerger y la joven se empapa de fantasía, idealismo y una percepción de invencibilidad y omnipotencia. Los impulsos de emancipación alcanzan su pico. Para poder romper los lazos de dependencia de la infancia y hacerse funcionalmente autónomos, los adolescentes medios deben distanciarse globalmente del control, el dominio y la dependencia de los padres; la moderación no es una opción viable porque cualquier cosa que no sea la separación total amenaza con un retorno a un estado de dependencia más seguro pero inaceptable. Adicionalmente, los adolescentes deben comenzar a renunciar a los padres como su objeto primario de amor en preparación para una futura relación con una pareja. Las manifestaciones externas de la emancipación de las adolescentes varían grandemente. La transición puede ser fácil y tranquila para la mayoría o tempestuosa y complicada para otras (aproximadamente un 20 por ciento). Los ajustes emocionales durante la infancia y la funcionalidad familiar son críticos para esta etapa. El grado de confianza y respeto de los padres y el deseo que tengan de iniciar un proceso gradual de entrega de independencia y

¹⁴¹¹ Botero-Uribe, J. y cols. Obstetricia y Ginecología: Texto Integrado. Universidad de Antioquia. 7ma Edición. 2004.

responsabilidades pero manteniendo unos límites definidos afecta notablemente la transición. Pero aun cuando todos los otros factores parecen predecir un pasaje tranquilo, el temperamento propio de la adolescente puede ser un factor significativo.¹¹

En la adolescencia media, el hogar pierde importancia y el grupo de pares asume un papel preponderante en la determinación de los estándares de apariencia y comportamiento; la conformidad es un prerrequisito para pertenecer al grupo y para el proceso de formación de la identidad. Se experimentan nuevos roles y relaciones para tratar de determinar qué es lo que realmente funciona y lo que se requiere para ganar aceptación y popularidad. El grupo de pares es la arena y el espejo en donde esta experimentación tiene lugar y es el principal árbitro y juez. De hecho, el principal indicador de comportamiento de un adolescente es el comportamiento de su grupo de pares. Si se quiere saber en qué anda una adolescente, averígüese qué está pasando con sus amigos.¹¹

El grupo de pares también sirve como el foro central para la exploración de nuevas experiencias de vida que surgen tanto por curiosidad como para probar los límites de las capacidades personales. Las recomendaciones previas de los padres sobre ciertos comportamientos y sus peligros pueden ser ignoradas porque hay presión por parte del grupo para hacer lo contrario, lo que lleva a comportamientos de riesgo, facilitado por la creencia de omnipotencia e invencibilidad propia de este grupo, sumado a una inmadurez cognitiva que limita la capacidad de la adolescente para anticipar las consecuencias potenciales.¹¹

Aunque las amistades del mismo sexo siguen siendo importantes, las citas con jóvenes del sexo opuesto asumen ahora un lugar preeminente. Fisiológicamente, los niveles virtualmente adultos de hormonas sexuales desencadenan deseos reproductivos muy fuertes, especialmente entre los hombres. Psicológicamente, se le presta gran interés al concepto de la mujer ideal en una forma por lo demás superficial para determinar qué es lo que atrae al sexo opuesto. La apariencia física y la popularidad se consideran más importantes para una cita que el carácter del individuo y se le da muy poca importancia a la reciprocidad. Al mismo tiempo, la exploración y la

experimentación con la intimidad física adquieren gran importancia y puede llevar a una relación coital.^{15, 11}

A medida que la adolescencia media va llegando a su fin, las consideraciones sobre roles funcionales basadas en hechos reales se hacen importantes pero todavía permanecen en un segundo plano. Los sueños de gloria previos dan paso a lo que realmente puede ser posible y los intereses académicos comienzan a adquirir una nueva dimensión como el prerrequisito para lograr una carrera exitosa.¹¹

II.4.- Adolescencia Tardía

Las adolescentes tardías están maduras físicamente. Han completado la integración de los cambios puberales en su imagen corporal y están conformes con su función y características adultas. Se ha asegurado la emancipación y pueden reasumirse los lazos de integración con los padres pero ahora desde una perspectiva adulto-adulto. El grupo de pares pierde importancia aunque permanecen las amistades individuales. Los contactos con el sexo opuesto adquieren una nueva dimensión al evaluar las cualidades importantes para una relación duradera. La atracción previa de tipo narcisístico da paso a una exploración mutua de las verdaderas cualidades, de la armonía interpersonal.¹¹

El pensamiento abstracto está completamente desarrollado y entra a jugar un papel muy importante en el establecimiento de los planes vocacionales y los estilos de vida propios. Por primera vez los jóvenes deben tomar decisiones con consecuencia a largo plazo.¹¹

II.5.- Cambios y aspectos en la adolescencia

La adolescencia inicia con las modificaciones corporales a las que se les ha denominado caracteres sexuales secundarios y que constituyen el periodo de la pubertad. Se tratan de modificaciones biológicas que a nivel físico definen las características de uno y otro sexo.^{16,12}

^{15,11} Botero-Urbe, J. y cols. Obstetricia y Ginecología: Texto Integrado. Universidad de Antioquia. 7ma Edición. 2004.

^{16,12} Schwarcz, R.; Fescina, R.; Duverges, C. Obstetricia. Editorial El Ateneo. 6ta. Edición 2005.

Aspectos físicos.

Por lo general se presenta en las niñas al año y medio antes que en los niños. El primer signo en las niñas es el crecimiento de las glándulas mamarias, en promedio esto pasa alrededor de los 11 años de edad. Al igual que en la mujer, en los hombres el cambio de estatura es muy fuerte al principio. La voz se modifica de aguda o infantil a grave, como la de los adultos. Aparece el crecimiento corporal que en las mujeres es más armónico que en los hombres.¹⁷¹²

El muchacho puede experimentar poluciones nocturnas; los órganos genitales masculinos crecen y se pigmentan, al igual que en las muchachas; aparece en la mujer la primera menstruación que ocurre antes de la completa maduración de los órganos sexuales.¹²

Aspectos psicológicos de la adolescencia:

Los cambios físicos tienen como correlato cambios psicológicos que actualizan el lugar del adolescente en las relaciones consigo mismo, con los otros y con el mundo. La adolescencia es el proceso que lleva a la estructuración de una identidad adulta. La adolescencia es la lucha de ganar autonomía cuando todavía se depende de los padres.¹²

Aspectos sociales de la adolescencia.

La forma en que se vive la adolescencia varía de cultura a cultura. En la actualidad la principal característica social del adolescente es que este tiende a salir de la familia para satisfacer sus nuevas necesidades. Ese desligamiento de la familia lo lleva a buscar un sentido a su nuevo estatus social. De modo que la familia comienza a ser secundaria para el joven. Si la característica más importante del niño es adoptar los valores familiares, la del adolescente es conocer el mundo externo a su familia. Por tal motivo, los padres ya no son la principal influencia sino sus amigos u otros adultos.

¹⁷¹²Schwarcz, R.; Fescina, R.; Duverges, C. Obstetricia. Editorial El Ateneo. 6ta. Edición 2005.

La adolescencia es la etapa que abarca o se extiende que el ser humano es niño hasta que es adulto. Es prolongado al comenzar la madurez sexual abarcando el comienzo social de adultez independiente. Dada la vaguedad y la arbitrariedad del término, la OMS propone los 20 años como final de la adolescencia. Su comienzo coincide con la pubertad, caracterizadas por los cambios biológicos marcados por la maduración sexual.¹²

La pubertad empieza con la secreción de hormonas, responsable de las diferentes modificaciones físicas propias de la adolescencia. En las niñas su inicio se produce alrededor de los 11 años y en los niños a los 13. Se desarrollan los caracteres sexuales primarios (órganos reproductores) y secundarios (pechos y caderas más anchas en las mujeres, vello facial y voz más grave en los varones) y se produce la primera eyaculación y el primer periodo menstrual o menarquía. La secuencia de estos cambios físicos es mucho más previsible que el momento de su presentación, que puede variar individualmente o incluso geográficamente. Desde el punto de vista del desarrollo cognoscitivo, culmina en este periodo lo que se ha dado a llamarla operación formal según etapas. El desarrollo social del adolescente está marcado por la conciliación del sentido de identidad.¹²

Este trata de perfeccionar el sentido de sí mismo probando experiencia que va integrado para formar una sola identidad, que se va definiendo tanto por la aceptación de los valores tradicionales como por la oposición a los mismos.¹⁸

II.6.- Aspectos psicológicos de la sexualidad

La sexualidad es continua ya que va desde el nacimiento hasta la muerte. En condiciones sanas acompaña al individuo por siempre, haciendo diferentes manifestaciones según la etapa evolutiva por la que se atraviese. A partir de la pubertad la libido comienza a sufrir un notorio incremento y en la mayoría de los casos se acompaña de alteraciones comportamentales, no sólo provenientes de los cambios

¹⁸ Checa Susana, Género, Sexualidad y Derechos en la Adolescencia, primera ed, Buenos Aires, 2003.

físicos, sino de las profundas dificultades que sigue padeciendo nuestro medio a nivel de sexualidad y educación sexual.¹⁹¹¹

Desde temprana edad los niños empiezan a recibir un bombardeo exagerado de mensajes sexuales. Los medios de comunicación, la publicidad, la moda, la música, el lenguaje popular, la invasión de la pornografía, todo lleva mensajes sexuales directos o indirectos que el niño va registrando. Desafortunadamente esto sucede en un medio con una escasa conciencia de que el proceso de educación sexual comienza con el nacimiento. Por lo general el tema de la sexualidad no se aborda directamente.¹¹

A los niños se les siguen inculcando mensajes de prohibición, asco y pecado. Los preadolescentes y adolescentes reciben como educación sexual básica (si es que lo hacen) aspectos relacionados con la biología del sexo, las enfermedades de transmisión sexual, los métodos anticonceptivos y abundantes mensajes de cuidado y temor.¹¹

Los adultos por lo general sí hablan de sexo, a través de informaciones básicas, chistes y pornografía, pero con gran dificultad se expresan sobre su propia sexualidad, aún con su pareja.

El machismo que continúa imperando con su doble código moral, impulsa a los varones a una sexualidad prematura, genitalizada, promiscua y desintegrada de afecto y comunicación. El muchacho de nuestro medio se siente fuertemente inclinado hacia la experiencia física del sexo, sin importarle que esto esté dissociado de sentimientos de amor.¹¹

Las adolescentes en cambio, son obligadas a la abstinencia ciega (basadas en el temor a perder y ser abandonadas) y su atracción sexual suele expresarse en forma sentimental, con tendencia al romanticismo, la ternura y la comprensión, pero entra en conflicto con sus demandas físicas.¹¹

Al no tener acceso a ninguna edad a una información clara y veraz, la sexualidad en nuestro medio sigue regida por antiguos y dañinos mitos que la desvirtúan y deterioran. Muchos de estos mitos están relacionados con la masturbación. Se dice popularmente

¹⁹¹¹ Botero-Uribe, J. y cols. Obstetricia y Ginecología: Texto Integrado. Universidad de Antioquia. 7ma Edición. 2004.

que es peligrosa, que elimina el interés por el sexo opuesto, que puede generar adicción, que altera las funciones intelectuales.¹¹

Desde muy temprano los niños disfrutaban del contacto con sus genitales y en condiciones sanas este comportamiento los debe acompañar hasta la muerte. La masturbación hace parte del desarrollo normal de todo ser humano. Es generalmente su primera experiencia sexual. Ayuda al autoconocimiento (es absurdo pretender que sea la posible pareja la responsable de que una persona descubra su propia respuesta sexual).²⁰¹¹

Contribuye a mantener en equilibrio esta pulsión. La mayor parte de la población (niña, adolescente, soltera, viuda), no vive en pareja y es imposible pretender que se renuncie voluntariamente a las manifestaciones de la sexualidad. Además puede resultar nocivo, pues cuando las pulsiones no son satisfechas directamente, buscan salida indirecta.¹¹

La masturbación evita la promiscuidad, las enfermedades de contacto sexual y gran porcentaje de los embarazos adolescentes. Al igual que lo anterior, todas las facetas de la sexualidad humana están pobladas de mitos y tabúes, responsables de una cultura inundada de dificultades sexuales. Hombres y mujeres llenos de insatisfacciones y traumatismos que buscan ansiosamente salidas eficaces al problema.¹¹

La conciencia de padres y maestros de que esto debe cambiar está tratando de propiciar apertura y vemos cada vez más interés hacia el tema y mejor actitud, pero nos encontramos con una gran escasez de educadores sexuales. Existe una tendencia generalizada a que los problemas sexuales sean consultados con el ginecólogo, que por lo general posee una excelente formación médica, pero su entrenamiento a nivel de sexualidad es poco profundo. Esta área compete a profesionales de la salud mental, pero desafortunadamente su aceptación en nuestro medio, aunque es cada vez mayor, sigue siendo evitada o rechazada por un alto porcentaje de la población.¹¹

También en el aspecto sexual se encuentran factores altamente positivos. A pesar de las dificultades antes mencionadas, existen jóvenes con gran responsabilidad sexual, con la ventaja de poseer desde la infancia una información veraz y actual, que

²⁰¹¹ Botero-Uribe, J. y cols. Obstetricia y Ginecología: Texto Integrado. Universidad de Antioquia. 7ma Edición. 2004.

parte de voces conscientes de que tenemos que hacer algo para frenar en nuestro país el alta tasa de embarazos precoces, abortos y enfermedades de transmisión sexual. Esto se ha logrado incrementando poco a poco programas a nivel público y privado que incluyen la educación sexual en un plan integral de vida y desarrollo. Los jóvenes que han tenido la oportunidad de participar en ellos, han efectuado cambios positivos en su actitud y en su vida personal, superando los grandes obstáculos producidos por los mitos y los tabúes enunciados anteriormente.²¹¹¹

3.3.- Desarrollo de la identidad del adolescente

I.- Adolescencia y Juventud

La adolescencia fue considerada por largo tiempo sólo como una etapa de tránsito entre la niñez y la adultez, sin dedicarle mayor preocupación. A pesar de ser un período fuertemente significativo y crítico en la vida de los seres humanos, es sólo en el último tiempo que se ha llamado la atención distinguiendo aspectos especiales y diferenciales como etapa del desarrollo, adquiriendo cada vez más importancia.

Al igual que en otros ámbitos de las ciencias sociales, no existe acuerdo sobre la definición de la adolescencia y la juventud. En general se acepta que la adolescencia se caracterizaría por los cambios físicos y psicológicos propios del paso de la niñez a la adultez. Desde este punto de vista finaliza cuando el joven adquiere la madurez física. Por su parte, la juventud refiere a un concepto más bien sociológico, ligado a la interacción social de las personas y que transcurre una vez finalizada la adolescencia considerada en términos madurativos y psicosociales (Delgado, 1987).

La OMS (1965) consideró a la adolescencia como el período de la vida comprendido entre los 10 y los 20 años. Expresó, además, como prioridad la preocupación por los adolescentes y por entrenar al personal de salud para aumentar sus conocimientos con respecto al tema, ya que difieren en la fisiología y psicología de los niños y adultos.

Este mismo organismo (OMS, 1975. En Conace, 2005) señala que la adolescencia es la etapa en que desde el punto de vista:

²¹¹¹ Botero-Uribe, J. y cols. Obstetricia y Ginecología: Texto Integrado. Universidad de Antioquia. 7ma Edición. 2004.

- Biológico: El individuo progresa desde la aparición inicial de las características sexuales secundarias hasta la madurez sexual
- Psicológico: Los procesos psicológicos del individuo y las formas de identificación evolucionan desde los de un niño a los de un adulto; y
- Social: Se realiza una transición del estado de dependencia socioeconómica total a una relativa independencia.

A partir de esta definición, se puede desprender que el inicio del desarrollo de las características sexuales secundarias, correspondería al inicio de la adolescencia. Sin embargo, el término de esta etapa resultaría más bien variable de un individuo a otro, no siendo posible por lo tanto usar un criterio cronológico, sino más bien el logro de los procesos antes mencionados.

Posteriormente, se ha considerado a la adolescencia como la etapa que oscila entre los 10 y 19 años, y la juventud entre 15 a 24 años (OPS, 2000)

Horrocks (1984, en Conace, 2005), de acuerdo a criterios evolutivos establece en la adolescencia tres subperíodos: Temprano (entre los 11 y los 13 años), Medio (de los 14 a los 16 años) y tardío (entre los 16 y los 19 años). Estos criterios evolutivos serían entre otros, el desarrollo físico, el movimiento hacia la independencia, los intereses vocacionales, la sexualidad y el autocontrol.

En nuestro país, desde un punto de vista más bien práctico, el programa adolescente del Ministerio de Salud, considera la adolescencia como la etapa que toma el rango etéreo entre los 10 y los 19 años de edad y al adolescente como el individuo hombre o mujer, que se encuentra ubicado en ese rango etéreo (Conace, 2004).

Una de las razones por las que el periodo adolescente ha sido tratado como un periodo de especial relevancia, es por las características propias que la convierten en una etapa compleja y muchas veces incomprensible para el mundo adulto, además de ser un periodo clave en el desarrollo posterior. Carmen Arbex (2002) señala que

existen una serie de características del mundo adolescente que lo convierten en un periodo complejo y de especial vulnerabilidad:

- Necesidad de reafirmación. La formación de una identidad propia sería una de las tareas evolutivas más críticas de la adolescencia, por ello existe una tendencia a preocuparse en exceso por su imagen y a cómo son percibidos por los demás. Necesitan reafirmar su identidad y para ello comparten ritos específicos.
- Necesidad de trasgresión. Entre los rasgos propios de esta etapa están la rebeldía y la trasgresión. Aparentemente a los adolescentes actuales no se les ha dejado el espacio para la trasgresión. El afán de libertad y falta de la capacidad para poner límites por parte de los adultos habría reducido los espacios de transgresión cotidiano, por ello contravienen el orden social establecido, viviendo cada acto como una provocación frente al mundo adulto y sus normas.
- Necesidad de conformidad intra-grupal. El grupo de iguales pasa a ser un elemento de referencia fundamental para el adolescente. Sirve como refugio del mundo adulto en el que pueden explorar una gran variedad de papeles. Además el grupo permite al adolescente sentirse integrado en la sociedad y más particularmente a su grupo etario. El adolescente adquiere una mayor orientación social y dependencia de sus amigos del grupo y se observa una mayor tendencia a la conformidad con el mismo.
- Sensación de invulnerabilidad. La conducta temeraria de los adolescentes se produce por dos de las principales condiciones que se incrementan en esta edad: el egocentrismo y la búsqueda de nuevas sensaciones derivada de su orientación a la novedad y a la independencia (Arnett, 1992. En Arbex, 2002). Los adolescentes tienden a pensar que sus experiencias son tan únicas e irrepetibles que nadie las ha vivido anteriormente, ni sería capaz de entenderlas. Esta circunstancia puede alimentar en mayor medida la sensación de invulnerabilidad.

- El rechazo a la vida del adulto. La creciente necesidad de autonomía que experimenta el adolescente, le lleva a rechazar la protección de los adultos y a enfrentarse a conductas de riesgo que pueden representar una importante amenaza para su desarrollo posterior.
- Susceptibilidad frente a las presiones del entorno. Los adolescentes pueden ser particularmente sensibles a las campañas sofisticadas relacionadas con cierto tipo de imagen (especialmente en las temáticas de consumo). "Temas relacionados con la identidad y la imagen pública, la curiosidad y las ganas de experimentar sensaciones nuevas... pueden aumentar de forma sustancial la susceptibilidad general frente a la publicidad y otras influencias sociales que promueven el uso de sustancias" (Botvin, 1996. En Arbex, 2002)).

Como se ha planteado, la formación de una identidad propia es una de las tareas evolutivas claves durante la adolescencia. Revisaremos a continuación el concepto de identidad, sus antecedentes, y los principales aspectos que lo componen.

En situación de calle. Y cómo estos fenómenos han afectado (en ayuda o detrimento) sus propios procesos identitarios, determinando miradas hacia sí mismos y auto percepciones que definen identidades particulares y altamente adaptativas. Comprender cómo las situaciones históricas, los contextos familiares, el 'hábitat', sus proyecciones y sus sueños, van marcando sus vidas en la calle, y determinan en gran medida lo que puede ser el futuro de cualquier sistema de intervención.

Reconocer la existencia de realidades diversas, pobremente conocidas, fuertemente estigmatizadas (desde patologizadas, hasta criminalizadas), obliga a la generación de metodologías distintas, tanto en su observación, análisis, pero también en la forma como se pretende abordar técnica y políticamente la temática.

Con este estudio se pretende, en definitiva, dar a conocer aspectos desconocidos de este fenómeno, que permitan comprender sus construcciones y representaciones, en su diversidad y dramatismo, para promover la generación de unos sistemas de intervención (clínicos, sociales, institucionales y políticos) también alternativos. Ante realidades diversas, proponer paradigmas diversos, ya que aplicar

tanto los parámetros tradicionales, como los sistemas tradicionales puede llevar no sólo a no resolver parte de los problemas de este grupo, sino que a mantenerlo y quizá empeorarlo, con un afán "generoso".

La consideración de los contextos y hábitat en el que se desarrollan estos niños y adolescentes es un aspecto no menor al momento de analizar su situación. Se requiere involucrarse en realidades que no sólo están ajenas, sino que están excluidas y marginadas de los mínimos sociales que tanto para la psicología como para las otras ciencias son prácticamente puntos de partida. Por ejemplo aplicar pruebas o procesos estandarizados en poblaciones con necesidades básicas de sobrevivencia garantizadas, con familia y con escolarización, y con, además, un bagaje cultural diferente, resulta cuestionable, y a lo menos, erróneo.

Por ello, ¿cuál puede ser la respuesta de la psicología, y en particular desde el ámbito clínico, para el trabajo con esta población? A parte de considerar todo lo que ya se ha planteado, probablemente el desafío sea aportar elementos que permitan generar alternativas "terapéuticas" y "psico-educativas" accesibles y cercanas a poblaciones excluidas. Todo un desafío para un área que se ha caracterizado por intentar estandarizar procesos más que diversificar alternativas. Esto no pretende ser una crítica a la psicología clínica como tal, más bien anexar un aspecto que ha aparecido como desconocido, y tal vez "olvidado".

La apuesta a la generación de vínculos con una población "desvinculada" en todo el sentido de la palabra es un desafío mayor. Son personas que no irán a la consulta y quizá no respetarán ni las programaciones ni los horarios. Esto es evidente por la emergencia que en su vida diariamente tienen (es más importante conseguir recursos para "estar a salvo", antes que buscar alternativas "para crecer"). Por ello se requiere un modelo que cambie los encuadres, que abra los paradigmas y que en definitiva se acerque y se aproxime a esta realidad, con la paciencia y la espera de quien acompaña un proceso, pero también con la fuerza de quién lucha por terminar con situaciones de desmedro y vulneración de derechos fundamentales básicos,

Probablemente, un importante número de jóvenes, producto de sus particulares y significativas situaciones de vida, decida continuar viviendo en condiciones de calle.

Esta situación pudiera hacernos reflexionar acerca de cuáles son los espacios que, como sociedad, se está dispuestos a brindar a personas que presentan una existencia diferente a la nuestra. Nómadas, transeúntes, personas con discapacidad, auto-excluidos, suelen ser individuos que probablemente no concuerdan con nuestras formas de vida. Sin embargo, estas decisiones, no los convierten en ciudadanos de segunda categoría, sin acceso a mínimos sociales que un Estado debiera garantizar. No se refiere a privilegios sino a derechos mínimos.

II.8. Conceptos de Atención Primaria en Salud (APS)

En las definiciones de APS propuestas en la literatura de los últimos años se pueden observar discrepancias. La mayoría de los autores la relacionan con la provisión de servicios de salud. Dentro de este grupo de autores, se destaca el concepto diseñado por Starfield (1994) quien define a la AP como la provisión de servicios de salud integrados y accesibles, realizada por profesionales médicos que son responsables de atender la mayor parte de las necesidades de cuidados individuales, desarrollando una relación de largo plazo y practicándola en el contexto de la familia y la comunidad. Este concepto constituye una de las descripciones de la APS que ha dado origen a gran parte de la discusión reciente sobre el concepto. Sin embargo, algunos autores consideran que la APS es una política pública donde los recursos no necesariamente provienen del sistema de salud y los beneficios no se limitan al estatus de salud de los individuos y poblaciones.

Los autores que establecen el concepto desde la perspectiva de la provisión de los servicios de salud, describen a la APS de diferente forma según la característica empleada para referirse a las condiciones de prestación del servicio. Es posible agrupar sus definiciones según se refieran: i) al objeto receptor de la atención; ii) al lugar; iii) las prestaciones; iv) los proveedores y v) la relación entre proveedor y usuario.

Cuando se define a partir de la caracterización del objeto receptor de la atención, los autores acuerdan que la provisión no se centra en una enfermedad u órgano en particular (Hogg et al., 2008). Valdivia (2003) considera que el foco de

análisis está puesto en los individuos, la familia y la comunidad. Muench et al. (2013) destacan que la atención se orienta al paciente. Sin embargo, también se suele mencionar que debe ser la provisión de servicios de salud constituye una de las funciones de los sistemas de salud. Los servicios de salud se definen como la serie de instituciones y programas que proveen por un lado, cuidados y atención directa a las necesidades de salud de los individuos y por otro, los servicios de salud pública enfocados en la protección de la salud colectiva, practicada en el contexto de la familia y la comunidad (Kruk et al., 2010). Esta diversidad de descripciones introduce dudas acerca de si los servicios provistos son de tipo personales, entendidos como los cuidados de la salud orientados al individuo (fundamentalmente curativos) o de tipo poblacionales, entendidos como los servicios de salud prestados al conjunto de la comunidad (básicamente preventivos) y relacionados con las actividades de salud pública.

Entre los autores que se propusieron aclarar esta confusión se destaca Gérvas (2008), quien define dos componentes de los sistemas sanitarios, uno que provee servicios individuales clínicos, y otro que provee servicios de salud pública (en todas sus variantes). Según el autor, la AP es uno de los niveles (el otro es la atención hospitalaria) del primer componente, y la define como la atención médica clínica que ofrece servicios preventivos y colabora con el segundo componente del sistema sanitario pero sin sustituirlo. Starfield (1992) también intentó reducir la confusión sobre las funciones de los servicios de salud individual y poblacional, indicando que la AP connota atención médica no especializada convencional tratando de lograr algunos objetivos de salud pública.

Con relación al lugar donde regularmente se ofrecen los servicios, varios autores enfatizan que las prestaciones son provistas en el PNA que constituye el lugar donde el paciente se encuentra por primera vez con los proveedores de cuidados médico-sanitarios dentro de la estructura del sistema de salud frente a cada nuevo problema de salud (Muench et al., 2013). En términos generales, el nivel de atención también conocido como nivel asistencial, se refiere a una forma estratificada de organizar los recursos del sistema de salud para satisfacer las

necesidades de la población. Clásicamente se distinguen tres niveles de atención: primer, segundo y tercer, que agrupan a las instituciones prestadoras de salud, de acuerdo a su infraestructura y a la complejidad de los servicios que ofrecen (Vignolo et al., 2011).

Existen diversas interpretaciones del concepto salud pública. Sin embargo, se destaca aquel que la concibe como una práctica social de naturaleza interdisciplinaria, describiéndola como el esfuerzo organizado de la sociedad, principalmente a través de instituciones de carácter público, para mejorar, promover, proteger y restaurar la salud de las poblaciones por medio de actuaciones de carácter colectivo. En esta concepción, la salud pública no es sinónimo de responsabilidad del Estado en materia de salud, ya que su quehacer va más allá de las tareas propias del Estado y no abarca todo lo que el Estado puede hacer en materia de salud (Muñoz et al., 2000). En particular, se suele identificar con los llamados servicios no personales de salud, es decir, aquellos que se aplican al medio ambiente o a la población y que por lo tanto no son apropiables por un único individuo, como podría ser una consulta médica.

Algunos autores se refieren a la APS sencillamente como un nivel de atención (Menéndez-Asenjo et al., 2003). Sin embargo, otros como Etchebarne (2001) consideran que es posible diferenciarla del PNA al sugerir que la confusión entre ambos conceptos aparece debido a que la mayoría de las actividades de la APS se realizan en el PNA.

Vignolo et al. (2011) contribuyen a esclarecer la confusión entre ambos conceptos al definirla como una estrategia que se puede aplicar en todos los niveles de atención y no únicamente en el PNA, que se establece con el objetivo de reemplazar los modelos de atención centrados en la enfermedad (que privilegian servicios de tipo curativos provistos en establecimientos de segundo y tercer nivel) por modelos de atención basados en la promoción de la salud y prevención de la enfermedad. El concepto establecido por Haggerty et al. (2009) y Yavich et al. (2010) se dirige en el mismo sentido. Estos autores a diferencia de Vignolo et al. (2011) consideran que la APS es una estrategia del PNA pero destacan su capacidad

para articular todos los niveles de atención del sistema de servicios de salud a través de un modelo de medicina familiar orientado a resolver y prevenir problemas de salud.

Por otro lado, algunos autores la definen como atención ambulatoria (Giovanella y Magalhães de Mendonça, 2008) por ser las prestaciones de servicios de salud ofrecidas en algún lugar (no especificado) distinto a la institución hospitalaria. Para Berman (2000) es posible diferenciar la AP de la atención ambulatoria, pues si bien la última hace referencia a profesionales o instituciones que proveen servicios de atención de la salud (que incluyen atención de tipo curativa como preventiva) en forma ambulatoria, dichos proveedores no necesariamente ofrecen de servicios de APS, pudiendo incluir dentro de sus prestaciones atención especializada.

Cuando la descripción de la APS se basa en las características de las prestaciones se destacan el tipo de servicio y el nivel de complejidad. En relación al tipo de servicio ha sido definida como los servicios de salud que incluyen prevención, promoción, diagnóstico y educación para la salud (Günes, 2009). Con respecto al nivel

La atención ambulatoria (outpatient care) se define como la modalidad de atención médica en la que el paciente recibe los cuidados de salud sin pernoctar en una cama hospitalaria, pudiendo ser en el consultorio de un médico, clínica o unidad de consulta externa del hospital. En contraste, la atención hospitalaria (inpatient care) se refiere a transcurrir la noche ocupando una cama en una institución de salud de complejidad ha sido entendida como los cuidados de tipo general, esenciales o básicos, independientemente del tipo de servicios provistos (Schäfer et al., 2011).

Cuando la APS se define en función de las características de los proveedores, se pueden encontrar principalmente conceptos basados en el tipo de proveedor y la función que desempeñan en el sistema de salud. Con respecto al tipo de proveedor según su especialidad dentro de las ciencias de la salud, se describe como los cuidados de salud provistos por un profesional con formación en la subdisciplina

(pudiendo ser un médico generalista, médico de familia y/o médico de atención primaria) que no selecciona a sus pacientes por patologías ni por la aplicación de técnicas específicas o por la pertenencia a grupos determinados de edad y sexo (Ortún y Gervas, 1996). Sin embargo, dependiendo de la organización de la provisión, el proveedor puede ser un único profesional médico con formación en medicina general, o bien un equipo de salud o equipo de atención primaria conformado por profesionales de distintas especialidades, médicas y no médicas pero, en general con conocimientos y habilidades específicas requeridas para la atención primaria.

Con relación a la función que desempeñan los proveedores, algunos autores la describen como los servicios suministrados por un proveedor que cumple el rol de fuente regular de atención dentro del sistema de salud debido a que es el profesional (o institución) frecuentemente elegido (punto de referencia) para realizar la consulta médica inicial frente a la aparición de cada nuevo problema de salud (Chan, 2008). Otros, la describen como los servicios provistos por un profesional que funciona como filtro a la atención especializada (u hospitalaria) debido a que tiene bajo su control el acceso del paciente a los mencionados tipos de atención (Velasco Garrido et al., 2010). Recientemente, se ha destacado la relevancia del rol de coordinador entre los distintos tipos de atención de salud que debe recibir el paciente (Schwenkglenks et al., 2006). Por último, algunos autores destacan el rol que desempeñan asignando recursos.

En algunos países, el equipo de salud puede incluir trabajadores básicos de salud, integrantes de la comunidad donde ofrece servicios el centro de salud, que funcionan como nexo entre los proveedores y los usuarios y son conocidos de distinta manera, destacándose los nombres de trabajador comunitario de salud, promotor sanitario, promotor de salud, agente de salud y agente comunitario, entre otros. Adicionalmente, puede recibir el soporte de otro tipo de recursos humanos no profesionales, tales como administrativos y demás servicios de apoyo al equipo de salud.

La existencia de arreglos institucionales donde los proveedores del PNA cumplen el rol de regular el acceso a los servicios especializados u hospitalarios son

conocidos en la literatura como gatekeeping (portero del sistema de salud). Dentro del sistema de salud al ser responsables de comprar de servicios de atención secundaria para sus pacientes (Wyke et al., 2003; Iversen y Luras, 2006).

Cuando la APS se define a partir de las características de la relación entre proveedor y paciente, en general se hace referencia a cuatro atributos específicos de la atención primaria postulados inicialmente por Starfield (1998): puerta de entrada, longitudinalidad, integralidad y coordinación.

La puerta de entrada se refiere a que los servicios de AP tienen que ser el primer contacto del paciente con el sistema de salud por tratarse del primer servicio demandado frente a cada nueva necesidad de atención de la salud (Van der Stuyft y De Vos, 2008). Para ser el primer contacto, debe cumplir dos requisitos; por un lado, ser accesible (es decir, estar disponible sin barreras financieras, geográficas, organizacionales y culturales, posibilitando que sea utilizado cuando se necesite) y por el otro, que los proveedores de la AP sean quienes suministren el acceso a la atención especializada, de forma estructurada, convirtiéndolos en el punto de inicio obligatorio de la atención. En particular, algunos autores prefieren definirla como una de las principales puertas de entrada. De esta manera enfatizan que la APS no es la única forma en que el paciente ingresa al sistema de salud, debido a que existen otras formas de ingreso (como los servicios de emergencia) y representaría costos administrativos excesivos el procedimiento de controlar que sea la única (Campos, 2005).

La longitudinalidad (o continuidad) supone una responsabilidad continua del proveedor sobre la salud del paciente, con independencia del estado de salud del mismo, manteniendo una relación de largo plazo. Para establecer una relación duradera entre pacientes y proveedores, estos últimos deben ser capaces de identificar su población objetivo, ya sea mediante la delimitación territorial de los usuarios bajo responsabilidad, o por inscripción voluntaria de los pacientes. Este atributo se relaciona con el anterior, pues para que se establezca un vínculo continuo entre ambos a lo largo de la vida, es necesario que efectivamente exista una puerta

de entrada al sistema de salud, de forma que el proveedor de AP se convierta en la fuente regular de atención usada a lo largo del tiempo.

Por integralidad (o globalidad), se entiende que el cuidado provisto debe reconocer una amplia gama de necesidades (orgánicas, psicológicas y sociales) de salud, dentro de los límites de actuación de los integrantes del equipo de atención primaria. Por tal motivo, requiere la disponibilidad de servicios preventivos y curativos que aborden ampliamente los problemas de salud de todos los grupos etarios. Si no los ofreciera directamente el proveedor de AP debe derivar al paciente donde corresponda, ya sean servicios especializados, internación u otros servicios de apoyo, como el servicio social.

Por último, la coordinación implica la capacidad de garantizar la continuidad de la atención al interior de la red de servicios de salud. Para lograrlo es necesario disponer de información acerca de los problemas de salud del paciente en el pasado, lo cual requiere un registro médico de seguimiento que regrese al proveedor de AP luego de haber obtenido la atención del médico especialista, para lograr la especificación del diagnóstico y/o la decisión del tratamiento. Por lo tanto, para coordinar el cuidado, debe haber transferencia de información sobre el estado de salud de los pacientes, así como de la atención médica recibida a fin de garantizar que se continúe ininterrumpidamente con las visitas y la continuidad del contacto.

II.8.1.- Atención Primaria de Salud en los sistemas de salud

Dado el consenso generalizado acerca de la necesidad que los sistemas de salud se reorienten en función de los principios de la atención primaria de salud (en adelante APS), resulta de interés analizar si esta estrategia participa activamente en las diferentes clasificaciones de sistemas de salud. Entendiendo por “sistema de salud” a todos los actores, instituciones y recursos que se proponen promover, restaurar o mantener la salud de la población que se encuentra bajo su responsabilidad, procurando una distribución equitativa de la salud entre las distintas poblaciones. De acuerdo a este enfoque el sistema de salud desarrolla cuatro funciones claves que

determinan la forma en la cual los insumos sanitarios son transformados en resultados de salud: prestación, financiamiento, generación de recursos y rectoría (OMS, 2000).

Existen diferentes concepciones de “sistemas de salud”. Field (1973) lo define como un mecanismo social que transforma recursos generales (humanos, materiales, políticos y culturales) en productos especializados dirigidos a resolver los problemas de salud de la población. Hoffman et al. (2012) realizan una revisión sistemática de la bibliografía publicada en los últimos 20 años encontrando 41 marcos conceptuales de los sistemas de salud que clasifican de acuerdo al enfoque y a la función. De acuerdo al enfoque se agrupan según estén centrados en el conjunto del sistema de salud, alguna parte del sistema de salud y otros sistemas sociales que interactúan con el sistema de salud. De acuerdo a la función se agrupan según si se hayan diseñado para comprenderlos, compararlos, detectar cambios y/o evaluarlos. A continuación se presentan los autores más destacados de esta revisión.

Se resaltan los aportes de Roemer (1993) y Roberts et al. (2003). El primer autor desarrolla un marco de interacciones básicas para comprender los sistemas de salud a partir de cinco componentes: factores de producción, mecanismos de financiamiento, organización de los programas, métodos de gestión y provisión de los servicios. El flujo de relaciones que se establecen entre dichos componentes determina diferentes resultados en función de su respuesta a las necesidades de salud de la población. Roberts et al. (2003) conceptualizan al sistema de salud como un conjunto de relaciones entre componentes estructurales (medios) cuyas interacciones están causalmente asociadas con los resultados de salud (objetivos finales). Dichos componentes pueden ser utilizados como instrumentos de política (control knobs) para alcanzar los objetivos perseguidos. Identifican cinco control knobs: financiamiento, organización, mecanismos de pago, regulación e incentivos, que influyen en el logro de la eficiencia, calidad y acceso (resultados intermedios), y en los objetivos finales de mejorar el estado de salud, la satisfacción del cliente y la protección de riesgos. Rechel, et al. (2010) conceptualizan el sistema de salud a partir de los componentes: organización y gobernanza, financiación, recursos físicos y humanos, y

prestación de servicios. El marco conceptual diseñado por Londoño y Frenk (1997) define el sistema de salud como un conjunto de relaciones entre dos componentes: poblaciones e instituciones, que se generan en el marco de las funciones: financiamiento, provisión, modulación y articulación.

Frenk (1994) define un sistema de salud como el conjunto de instrumentos sociales (por ejemplo, legislación, organizaciones y tecnologías) que movilizan recursos para transformarlos en servicios de salud. Estos instrumentos son dirigidos por políticas e información acerca de las necesidades de salud y el desempeño del sistema. En esta concepción, se percibe cómo la interacción entre la población, los prestadores de servicios de salud y el mediador colectivo (Estado) se complejiza por la presencia de otros actores (por ejemplo, generadores de recursos y otros sectores de política pública social). En particular, este marco conceptual permite comprender la distinción entre sistema de servicios de salud (Health-care System) y sistema de salud (Health System). Mientras que el primero es un concepto más estrecho que se restringe a los prestadores de servicios de salud, generadores de recursos y al mediador colectivo, el segundo abarca todos los actores considerados en este marco conceptual, incluyendo la población y los demás sectores de la política social. En particular, esta última definición otorga un el financiamiento se refiere a la movilización de recursos de los hogares, empresas, gobierno (en todos los niveles) y organismos internacionales, y a su acumulación (por ejemplo, fondos de aseguramiento público, presupuestos públicos o ahorros de la familia), que pueden ser asignados a través de diversos arreglos institucionales a la producción de servicios. La provisión se refiere a la combinación de insumos dentro de un proceso de producción, que ocurre en una estructura organizacional particular y genera servicios médico-sanitarios con el objetivo de generar aumentos en el estatus de salud. La modulación implica diseñar, establecer y monitorear las reglas de juego transparentes y justas para el sistema de salud, así como establecer en el mismo una dirección estratégica. La articulación se encuentra en un punto intermedio entre el financiamiento y la provisión, se refiere a la gestión de las transacciones entre los grupos y sirve para dar coherencia a los diversos componentes de la atención a la salud.

Si bien estas diferencias conceptuales pueden expresar divergencias, también significan una oportunidad para investigar las dimensiones que definen un sistema de salud, aspectos fundamentales si se pretende, por ejemplo, evaluar los resultados obtenidos por un sistema específico. Dado que la medición de desempeño deberá ser congruente con las dimensiones consideradas en la definición, cualquier análisis de este tipo requiere como paso previo, identificar sus actores y objetivos así como las relaciones que se establecen entre ellos.

Algunos resultados llaman la atención e invitan a reflexionar cuán vigentes están ciertas clasificaciones de sistemas de salud. Se ha observado que países cuyos sistemas de salud pertenecen en términos teóricos a la misma categoría, no necesariamente obtienen similares resultados con los recursos que gastan y/o invierten en el sector salud (Tarazona y Barrachina, 2006). Al respecto se han vertido diferentes hipótesis para explicar esta evidencia empírica, como la existencia de ciertas características institucionales o demográficas (envejecimiento poblacional), los vínculos (o relaciones contractuales) entre subsectores público y privado, aspectos no considerados explícitamente en las clasificaciones de los sistemas de salud empleadas frecuentemente en las investigaciones económicas.

En particular, dada la abundante literatura que sugiere que el desempeño alcanzado por un sistema de salud puede mejorar a través de la implementación de estrategias de APS²³ adquiere relevancia investigar en qué medida se ha incorporado la APS en las concepciones de sistemas de salud disponibles hasta el momento en la literatura internacional.

Las clasificaciones seleccionadas se analizaron en base al marco conceptual de sistema de salud diseñado por Tobar (2000)²⁴ el cual constituye, junto con las políticas de salud y el estado de salud de la población, una dimensión central para el análisis del sector. Para el autor el sistema de salud comprende la totalidad de acciones que la sociedad y el Estado desarrollan para solucionar los problemas de salud de la población, pudiendo ser definido como la respuesta social organizada para los

problemas de salud. Asimismo presenta un esquema que permite entender el sistema de salud como la articulación de tres componentes:

- Desde una perspectiva política, llamado modelo de gestión donde se destacan dos problemas centrales: establecer los valores que guían el sistema (por ejemplo, la cobertura universal, la autonomía de los profesionales de la salud, etc.) y definir las funciones del Estado en el sector (decidiendo por ejemplo, qué tipo de información debe suministrar, qué servicios debe proveer directamente,

Entre los estudios identificados por Hoffman et al. (2012) existe una concepción del sistema de salud establecida por la OMS que reviste de especial importancia para nuestro objeto de estudio. Se trata del Primary healthcare Framework diseñado por la OMS que está orientado a analizar los cambios generados en la parte del sistema de salud relacionada a la prestación de los servicios de atención primaria (OMS, 2008). Sin embargo, se optó por realizar el análisis propuesto con un marco teórico que aborde el análisis del sector salud desde una perspectiva más amplia. que y como comprar a los proveedores de servicios y cómo regular el mercado de salud).

Desde una perspectiva económica, llamado modelo de financiación involucrado en la resolución de tres cuestiones principales: cuánto se debe gastar, de dónde deben provenir los recursos (por ejemplo, los impuestos generales, los salarios o los usuarios) y cómo deben asignarse (estableciendo los mecanismos de financiamiento y los métodos de pago).

II.8.2.- Frecuencia, presión de demanda, adecuación y extensión de uso en los servicios de salud

El término utilización de los servicios sanitarios hace referencia a la intensidad de uso que hace la población de los servicios que se ofertan, denominada mayoritariamente en la bibliografía frecuentación, aunque también se la denomina tasa de utilización. Se define como el número de veces que cada usuario acude a consulta, referido a un período de tiempo, que puede oscilar entre 2 semanas. La referencia temporal de un año es la más utilizada en la bibliografía. La utilización tiene una gran

importancia en la valoración de la llamada presión de demanda o nº de pacientes que cada médico atiende por término medio al día, y constituye uno de los problemas más acuciantes al que deben enfrentarse los médicos de atención primaria actualmente.

La utilización también puede referirse a la extensión de uso, entendida como el número de personas diferentes que usan los servicios en un tiempo determinado, generalmente un año, en relación a una población de referencia. Este concepto es aplicado genéricamente como indicador de cobertura de los servicios.

Diferentes modelos teóricos han sido empleados en la interpretación de los patrones de utilización de los servicios, desde perspectivas conductuales, epidemiológicas, psicosociales, sociológicas o económicas, entre otras. Por otra parte, la necesidad no se expresa forzosamente como una demanda, y a ésta no le sigue necesariamente la utilización. La utilización de servicios también se conoce como demanda efectiva. La escasa concordancia entre la valoración realizada por médicos y usuarios en torno a la demanda es una de las grandes dificultades para la utilización de este término en la investigación de servicios. La segunda dificultad es estrictamente metodológica, y se refiere al acuerdo del modelo teórico desde el que interpretar las mediciones y los resultados.

Los intentos realizados por diferentes autores de categorizar el uso de los servicios sanitarios como adecuado o inadecuado implican un juicio de valor que parece más relacionado con el perfil personal y profesional del médico, su motivación y experiencia profesional, que con el motivo de consulta o las características del paciente. Entre los médicos de atención primaria, esta apreciación se decanta hacia el lado del exceso de visitas inadecuadas; generalmente referidas a las consultas por problemas de salud menores.

Desde el punto de vista del paciente, la pertinencia de las visitas, en principio, no admite discusión. El usuario piensa que si va al médico es, fundamentalmente, porque lo necesita; aunque podría admitir que a veces va al médico y podría no haber ido. Este sería el caso de las consultas por motivos burocráticos (prescripciones repetidas,

partes de baja, etc.), por la presión de un familiar ("yo no quería venir pero mi mujer insistió"), o por incompetencia de su médico ("mi médico no es capaz de resolver mi problema"). Como respuesta a esta disparidad de opiniones entre usuarios y proveedores, la mayoría de autores proponen una Atención Centrada en el Paciente que asuma el problema del paciente, sea de carácter físico, psicosocial, administrativo, o de cualquier otra índole como necesidad, a la que el profesional debe dar una respuesta. Esta actitud del médico pasa por asumir la posibilidad de ser un mero "facilitador" de recursos encaminados a mejorar la salud y/o la percepción de salud del paciente.

Otra clasificación de gran interés aportada por Casajuana para la comprensión de la utilización de servicios se refiere a si la demanda es previsible o imprevisible por el profesional. Podemos saber a priori si el paciente tiene que venir a la consulta en una fecha más o menos determinada y por un motivo concreto (emisión de recetas, control analítico, partes de incapacidad, etc.), o por el contrario el motivo de la visita no era previsible por el profesional. Las necesidades de los pacientes expresan básicamente dos posibles motivos: asistenciales o administrativos. A partir de estos conceptos se pueden establecer cuatro tipos de visitas: administrativas previsibles, asistenciales previsibles, administrativas imprevisibles, asistenciales imprevisibles.

II.8.3.- Enfermedades más frecuentes

II.8.3.1.- Hipertensión arterial

La hipertensión arterial (HTA) supone un factor de riesgo mayor e independiente en el desarrollo de distintas enfermedades cardiovasculares. Se estima que hasta un 44% de los adultos españoles (45% de varones y 43% de mujeres) de edad media (35-65 años) presentan cifras de tensión arterial (TA) iguales o superiores a 140/90 mmHg o mantienen tratamiento antihipertensivo. La HTA es quizá el problema más importante de salud pública en los países en vías de desarrollo y en los desarrollados, por tener una relación continua y creciente en la incidencia de accidentes cerebrovasculares (ACVA): isquémicos o hemorrágicos, cardiopatía isquémica, insuficiencia cardíaca congestiva (ICC), muerte súbita y enfermedad arterial periférica. La TA elevada es un proceso heterogéneo en su etiología, fisiología y tratamiento. Por ello, la evaluación

clínica inicial es fundamental en todo paciente al que se le detectan cifras elevadas. Tanto el aumento de la TA sistólica (TAS) como el de la TA diastólica (TAD) se asocian por separado a un riesgo cardiovascular (RCV) incrementado, y la HTA sistólica constituye por sí sola un factor de RCV. La TAS y el aumento de la presión de pulso (PP: diferencia entre TAS y TAD) guardan mayor relación que la TAD no sólo con la aparición de ICC y ACVA, sino con la mortalidad cardiovascular, constituyéndose como los principales determinantes pronósticos de HTA. El control de la TAS y de la PP en <70 mmHg se ha demostrado eficaz con respecto a la disminución de la mortalidad cardiovascular hasta edades avanzadas, en especial la última, en individuos mayores de 55 años.

Manejo Clínico

Los cambios en el estilo de vida siguen siendo la base del tratamiento del paciente hipertenso (dieta, ejercicio, disminución de peso, etc.).

Recomendaciones Para La Práctica Clínica

En los últimos veinte años se han identificado con bastante claridad factores que, de forma independiente o concurrente, aumentan de manera directa la probabilidad de desarrollar HTA y de sufrir cualquiera de sus posibles desenlaces clínicos. Se han establecido nuevas conceptualizaciones y manejos de la enfermedad, y se ha publicado mucho sobre la eficacia, el control y la capacidad de reducción de la morbimortalidad asociada a la HTA de numerosos fármacos de las diferentes familias de hipotensores. Esto hace imprescindible revisar con atención la evidencia científica y, a la luz de cada comunidad, proponer nuevos marcos de referencia para la práctica médica basada en modelos de promoción y prevención de la salud.

Definición y clasificación

La mayoría de las guías clínicas admiten que la HTA es la elevación persistente de la TA por encima de los límites considerados normales ($\geq 140/90$ mmHg), estableciendo este criterio por convenio y en criterios de riesgo poblacional. Para diagnosticar HTA es necesario realizar 3 tomas en un período inferior a 3 meses y distanciadas una de otra

al menos 1 semana. La TA que establezca el diagnóstico será la media de las 3 determinaciones. Se debe tomar la TA en ambos brazos y continuar con el brazo de mayor TA. El diagnóstico correcto se basa en la utilización adecuada y en las condiciones óptimas de las técnicas de toma de TA. La tabla 1 muestra la clasificación de la HTA, según las guías de la Sociedad Española de Hipertensión (SEH) y la European Society of Cardiology (ESC).

Otros conceptos relacionados con los criterios diagnósticos de HTA son:

- HTA sistólica aislada (HSA): TAS mayor o igual a 140 mmHg con TAD menor de 90 mmHg.
- HTA en la gestación: elevación de la TAS ≥ 25 mmHg y/o de la TAD ≥ 15 mmHg con respecto al comienzo del embarazo en normotensas. Si no se conocen las cifras previas, TA $\geq 140/90$ mmHg.
- HTA resistente: TAS ≥ 140 mmHg y/o TAD ≥ 90 mmHg en pacientes con un adecuado cumplimiento terapéutico, que reciben triple terapia farmacológica durante al menos 3 meses y siendo uno de los fármacos un diurético. En ancianos se considera HTA resistente cuando en estas condiciones presentan cifras de TAS > 160 mmHg.
- HTA clínica aislada o «de bata blanca»: HTA registrada sólo en la consulta y con valores de TA dentro de los parámetros normales fuera de ella. Se comprueba mediante la automedición (AMPA) o la medición ambulatoria (MAPA). Cifras de TA $\geq 135/85$ mmHg son consideradas como elevadas.

Exploración dirigida y aproximación diagnóstica inicial

Anamnesis

- Investigar sobre los antecedentes familiares de HTA, enfermedad cardiovascular precoz (infarto de miocardio o muerte súbita en progenitores o familiares de primer grado, varones <55 años y/o mujeres <65 años), enfermedad renal, diabetes o dislipemia.
- Preguntar por los hábitos personales de consumo de tabaco, alcohol, drogas, café, sal y grasas, y sobre la realización de ejercicio de forma periódica.
- Interrogar sobre la historia previa de HTA: duración, evolución, valores habituales y cifras más altas registradas. Investigar los tratamientos recibidos y el grado de adhesión y cumplimentación.
- Preguntar por la coexistencia de enfermedad renal (traumas, infecciones, cálculos, hematuria o proteinuria, insuficiencia renal, poliquistosis, glomerulonefritis, etc.), enfermedad endocrina (síndrome de Cushing, diabetes, obesidad, hiperaldosteronismo, feocromocitoma), ingesta de fármacos y síndrome de apnea del sueño, así como por los factores sociales (familia, trabajo, etc.).
- Explorar la posible afectación de órganos diana (neurológica, cardiovascular, renal y ocular).

Exploración física

- Determinar la TA, la frecuencia cardíaca (FC), el perímetro abdominal y el índice de masa corporal (IMC).
- Exploración del cuello. Investigar la presencia o ausencia de un aumento en la glándula tiroidea y de soplos en ambas arterias carótidas.
- Exploración cardíaca. Los efectos mecánicos sobre el corazón de cifras de HTA mantenidas se pueden detectar en la exploración en forma de anormalidades del ritmo y de la frecuencia, soplos y chasquidos, y por la aparición del tercer y cuarto tono, además de por la modificación de la posición del ápex cardíaco y los datos de insuficiencia cardíaca.
- Exploración pulmonar. La coexistencia de datos de broncopatía puede modificar la actitud terapéutica.
- Exploración abdominal. Buscar masas, soplos, visceromegalias o ascitis.
- Exploración neurológica. Buscar patologías sensitivomotoras.

- Exploración de las extremidades. Las personas con HTA son sensibles a la aparición de una patología oclusiva. Explorar edemas, pulsos y datos de insuficiencia venosa.
- Exploración del fondo de ojo. Es una prueba indiscutible si se asocia a diabetes. En los últimos estudios se discute cada vez más sobre la necesidad de protocolizar esta exploración aun sin la presencia de diabetes concomitante, ya que las arterias de la retina son las únicas accesibles a la exploración física y aportan más información sobre la afectación orgánica que otras pruebas.

II.8.3.2.- Diabetes mellitus

La diabetes mellitus (DM) es la patología endocrinológica más frecuente, tras la obesidad, a la que se asocia el 80% de los diabéticos de tipo 2 (diabetes). La DM de tipo 2, que representa el 90-95% de los casos, es un proceso que evoluciona hacia el agotamiento de la función de la célula B pancreática.

La hiperglucemia es un hallazgo casual frecuente en una bioquímica rutinaria (10-15%) que aumenta con la edad. Se asocia de forma habitual a obesidad y a otros trastornos metabólicos, como dislipemia, hipertensión arterial (HTA) o hiperuricemia, que determinan el síndrome metabólico, con elevado riesgo cardiovascular.

Mediante la clasificación adecuada de las personas susceptibles según los criterios diagnósticos actuales y su tratamiento precoz se reduce la glucotoxicidad y se consigue un control metabólico a más largo plazo, al preservar la función de la célula B. Esto, junto con el abordaje de los otros factores de riesgo cardiovascular, reduce la incidencia de complicaciones micro y macroangiopáticas y neuropáticas, mejora la calidad de vida de estos pacientes y disminuye su mortalidad.

Aproximación Diagnóstica Inicial

El despistaje mediante glucemia plasmática basal está indicado anualmente en pacientes de riesgo y cada 3 años en personas mayores de 45 años sin otros factores de riesgo. También está indicada su determinación mediante glucemia capilar en ese momento en pacientes que presentan una clínica cardinal (poliuria, polidipsia, pérdida ponderal).

Actualmente, la American Diabetes Association (ADA) propone la determinación de la hemoglobina glicada (Hb A1c) como método diagnóstico de la diabetes: cifras de Hb A1c $\geq 6,5\%$ serían diagnósticas de diabetes.

Es fundamental realizar un diagnóstico de todos los factores de riesgo cardiovascular que pueden estar asociados a la hiperglucemia y que condicionan el pronóstico funcional y vital del paciente: tabaco, HTA, dislipemia y obesidad.

Debe investigarse la presencia de complicaciones al diagnosticar una diabetes de tipo 2, ya que hasta un 50% de los casos presentan alguna en dicho momento (que suele ser varios años después de su comienzo real).

Manejo Clínico- Terapéutico

El tratamiento de la diabetes se basa en el abordaje de todos los factores de riesgo cardiovascular: tabaquismo, HTA, obesidad y dislipemia. La hiperglucemia, tanto basal como posprandial, debe manejarse de forma apropiada desde el primer momento, y hay que llevar los valores de glucemia y de HbA1c al rango más próximo a la normalidad, teniendo en cuenta que los valores de riesgo arterial son más estrictos que los de riesgo microvascular.

El tratamiento de la diabetes se fundamenta en 4 pilares básicos: dieta, ejercicio físico, educación diabetológica y tratamiento con antidiabéticos orales (ADO), inicialmente siempre con metformina si no existe contraindicación, en monoterapia y posteriormente en combinación con otros ADO según el mecanismo fisiopatológico predominante, o bien con insulina en asociación con ADO o en monoterapia.

Algunos fármacos de más reciente introducción, como la tiazolidindiona (pioglitazona) y los incretín-agonistas (inhibidores de la dipeptidil-peptidasa-4 [DPP-4]), los incretín-miméticos (exenatida) y, próximamente, los análogos de las incretinas (liraglutida), ofrecen nuevas formas de abordaje terapéutico a los diferentes mecanismos fisiopatológicos de la diabetes y pueden considerarse en la actualidad como una segunda o tercera línea de tratamiento.

En los diabéticos de tipo 2 se recomienda la utilización de metformina desde el momento del diagnóstico y, si con este tratamiento no se consigue el objetivo terapéutico o existe contraindicación, se pueden utilizar otros ADO, como las sulfonilureas o los secretagogos de acción rápida, estos últimos en caso de hiperglucemia posprandial predominante. Las tiazolidindionas y los incretín-agonistas o incretín-miméticos son fármacos de más reciente introducción que se pueden también considerar. La terapia combinada con insulina de acción intermedia (NPH) o análogos de acción lenta (glargina, detemir) en dosis nocturna (bedtime) no se debe demorar, sobre todo en caso de Hb A1c >8,5%.

Ofrece iguales o mejores resultados que la monoterapia con 2 ó 3 dosis de insulina y con menor ganancia ponderal (sobre todo en el caso de su combinación con metformina). Si a pesar de todo persiste un mal control metabólico, se debe utilizar insulina en terapia combinada administrada en 2 o más dosis diarias o en forma de insulino terapia intensiva. En los casos en los que exista clínica cardinal y/o hiperglucemia con cetonuria se debe iniciar insulino terapia para corregir la insulino penia y la glucotoxicidad subyacente.

II.8.3.4. Hombro doloroso

El dolor de hombro es un trastorno con estudios de prevalencia en la comunidad del 3-20% de las consultas. La prevalencia aumenta con la edad, alcanzando un 25-30% en las personas mayores de 65 años. Una buena anamnesis y una exploración física cuidadosa permiten distinguir el origen del dolor. Más del 90% de las causas de dolor se deben a una patología periarticular, de las cuales la tendinitis del manguito de los rotadores (especialmente la del supraespinoso) es la causa más frecuente, con un 65% de los casos.

Aproximación Diagnóstica Inicial

Siempre que existan antecedentes traumáticos, hay que solicitar una radiografía del hombro. Un dolor de comienzo insidioso en la región deltoidea, que aumenta con la rotación y la abducción (arco doloroso) y que despierta al paciente sospechar una tendinitis del manguito de los rotadores. Un dolor de comienzo agudo, brusco, sin

antecedentes traumáticos, orientará hacia una tendinitis calcificante, pero en caso de antecedentes de tracción violenta o si se produce al levantar un peso, hará pensar en una rotura del tendón bicipital o del manguito de los rotadores.

Manejo Clínico

La gran mayoría de las causas de hombro doloroso se tratan de manera conservadora con reposo funcional (brazo en cabestrillo) durante 24-48 horas y con antiinflamatorios no-esteroides (AINE). Se debe realizar una infiltración local con glucocorticoides si no cede la clínica en 2 semanas. La rehabilitación del hombro debe iniciarse precozmente

Recomendaciones para la práctica clínica

A pesar de no existir una evidencia clara de la eficacia de las distintas estrategias terapéuticas utilizadas en el tratamiento del hombro doloroso, se sigue recomendando iniciarlo con medidas conservadoras (reposo funcional, analgésicos simples y medidas físicas). Los AINE deben utilizarse en ciclos cortos de tratamiento y en las dosis más bajas posibles, siempre vigilando las posibles complicaciones digestivas, cardiovasculares, renales, hepáticas y hemáticas que pudieran aparecer.

II.8.3.5. Lumbalgia

La lumbalgia aguda constituye la segunda causa de incapacidad laboral. Entre un 60 y un 80% de las personas sufren dolor lumbar en algún momento de su vida, pero su curso suele ser benigno (más del 90% de los pacientes con lumbalgia se recuperan en 6 semanas). En más del 85% no se encuentra una causa subyacente del dolor y menos del 10% tienen lumbalgia crónica (de más de 12 semanas de duración).

Aproximación Diagnóstica Inicial

Se debe hacer el diagnóstico diferencial entre lumbalgia simple (si el dolor es irradiado, por encima de la rodilla), lumbociática (dolor atribuido a una raíz nerviosa, irradiado por debajo de la rodilla) y lumbalgia sospechosa de otra patología espinal grave (signos de alarma que indican fractura, neoplasia, infección, reumatismo, estenosis del canal o síndrome de cola de caballo). Dado que la actitud del paciente influye de manera decisiva en la evolución del cuadro, es útil valorar al inicio los factores, comportamientos o creencias que predicen una mala evolución.

Manejo Clínico

Es importante no convertir una patología banal en un calvario de pruebas y tratamientos que crean en el paciente una sensación de gravedad e incapacidad inadecuadas. El objetivo es recuperar los niveles de actividad previos, aliviar el dolor y prevenir la incapacidad crónica. En la lumbalgia simple y en la lumbociática no está indicado el reposo. Sin embargo, puede ser necesario por la intensidad del dolor durante los primeros 2 días. Mantenerse activo y recuperar la actividad laboral cuanto antes mejora más rápidamente el dolor y previene la cronicidad. No son necesarias radiografías de columna lumbar. La mayoría de pacientes se recuperan en menos de 4 semanas. El paracetamol y los antiinflamatorios no-esteroides (AINE) alivian parcialmente el dolor. No hay diferencias entre ambos, pero los AINE tienen más efectos secundarios. El ibuprofeno, el naproxeno y el diclofenaco son los más seguros. Los opioides no son más efectivos y sólo se deben usar en casos puntuales. Los relajantes musculares pueden mejorar el dolor asociado a contractura muscular, pero se deben usar durante pocos días. En la lumbociática, el manejo es similar, aunque la recuperación es más lenta (1 a 2 meses), y se debe derivar el paciente en caso de que no progrese a mejor el cuadro o de que el déficit neurológico motor vaya progresivamente aumentando. Si se sospecha una patología grave, es necesario iniciar un estudio inmediato y derivar el paciente con carácter preferente (menos de 4 semanas de espera). El síndrome de cola de caballo obliga a una derivación urgente.

Aproximación diagnóstica inicial

Primero se debe confirmar que el dolor es lumbar y no irradiado por alguna patología abdominal (problemas renales, ginecológicos, etc.). Descartada esta posibilidad, la valoración inicial va encaminada a distinguir entre lumbalgia simple, lumbo- ciática (dolor atribuido a raíz nerviosa) o probable patología grave (signos de alarma).

En las primeras 4-6 semanas de evolución de una lumbalgia mecánica, con o sin irradiación, sólo es necesario realizar una buena historia clínica y exploración. Las pruebas complementarias se deben pedir cuando se piense que pueden cambiar la actitud terapéutica.

Lumbalgia simple (no-irradiada)

El dolor aparece en zona lumbar con características mecánicas. Puede irradiar a los glúteos y los muslos (cara posterior o anterior) por encima de la rodilla, pero siempre duele más la zona lumbar.

En la flexoextensión, el dolor es más intenso al extender el tronco si hay contractura de músculos lumbares asociada. En este caso, el dolor mejora con la deambulación y la posición en decúbito lateral, con los miembros inferiores flexionados. No se encuentran alteraciones neurológicas en la exploración.

Lumbalgia irradiada (dolor atribuido a raíz nerviosa, lumbociática)

El dolor es más intenso en la pierna que en la espalda, frecuentemente unilateral, e irradia por debajo de la rodilla (hasta el pie o los dedos). Hay sensación de acorchamiento y parestesias en la misma zona, así como alteración de la sensibilidad, de la fuerza muscular y de los reflejos osteotendinosos de distribución radicular. La elevación pasiva del miembro inferior extendido reproduce el dolor.

Posible patología espinal grave (signos de alarma)

Los signos de alarma que sugieren una patología grave son:

- Fractura vertebral: antecedentes de traumatismo grave en paciente joven (caída desde altura, accidente de tráfico, etc.) o trauma leve en paciente osteoporótico (ancianos), y uso prolongado de esteroides.
- Neoplasia: mieloma múltiple, metástasis de cáncer primario, etc. Se presenta antes de los 20 años o después de los 55, en pacientes con historia previa de cáncer. El dolor empeora por la noche o en decúbito y puede existir pérdida de peso u otros síntomas.
- Patología reumática: espondilitis anquilosante, artritis reumatoide, etc. Aparece especialmente entre los 20 y los 35 años. El dolor es constante, sin características mecánicas, acompañado de rigidez matutina > de 30 minutos y marcada limitación de los movimientos en todas las direcciones; mejora al andar y empeora por la noche. Puede estar asociado a iritis, uretritis, rash cutáneo o artritis, en otras localizaciones.

- Infección: pielonefritis, osteomielitis, brucelosis, absceso epidural, tuberculosis vertebral, etc. Se da en pacientes inmunosuprimidos, con VIH o consumidores de droga por vía parenteral. Se acompaña de fiebre y escalofríos, y de malestar general.
- Estenosis del canal medular: más frecuente en ancianos. El dolor se produce al caminar y al estar de pie, y cede solamente al sentarse («claudicación neurológica»).
- Síndrome de cola de caballo: inicio súbito de retención urinaria o incontinencia por rebosamiento, incontinencia fecal, signos neurológicos en varios niveles medulares de evolución rápida con pérdida de fuerza, alteración de la marcha y anestesia en silla de montar.

II.4.5. Faringoamigdalitis aguda

Una de las consultas más frecuentes en atención primaria (AP) es el dolor de garganta. Su manejo sigue siendo controvertido, ya que se trata con antibióticos en más del 80% de los casos, cuando es sabido que sólo el 20% tiene etiología bacteriana. Sin embargo, las guías terapéuticas dicen que establecer un buen diagnóstico diferencial entre el proceso vírico y el bacteriano es muy difícil, teniendo los scores clínicos una sensibilidad de un 75%. En este capítulo se pretende orientar lo máximo posible esta decisión.

Aproximación Diagnóstica Inicial

El inicio brusco del cuadro, amígdalas con exudado blanquecino y fiebre alta orientan hacia proceso bacteriano, mientras que un inicio insidioso, síntomas catarrales o presencia de lesiones vesiculosas en la mucosa faríngea, hacia vírico. Los criterios clínicos de Centor sirven para descartar el empleo de antibióticos más que para establecer su uso. Los signos acompañantes como la hepatoesplenomegalia orientan hacia la mononucleosis infecciosa; la presencia de trismos y asimetría amígdalar, hacia el absceso periamigdalor, y las membranas grisáceas y el aliento fétido, hacia la angina de Vincent.

Manejo Clínico

La mayoría de las veces es suficiente con tratamiento sintomático, y cuando sea necesario usar tratamiento antibiótico sigue siendo de elección la penicilina, reservando los macrólidos sólo para los alérgicos. Las cefalosporinas de última generación y

algunos macrólidos se pueden usar en dosis únicas diarias, lo que facilita la adhesión al tratamiento, pero su amplio espectro hace que sean de segunda elección. La amoxicilina-ácido clavulánico y la clindamicina se aplicarían en casos de faringitis recurrentes por su acción sobre la flora productora de betalactamasas y anaerobias, respectivamente.

Medicina Basada En La Evidencia

Los antibióticos administrados en primera instancia en el tratamiento de la infección respiratoria aguda inespecífica de la vía superior no aportan beneficio relevante en cuanto a la clínica ni tampoco en la prevención de complicaciones y sí que pueden producir efectos secundarios e inducción de resistencias, pero se ha evidenciado que reducen levemente la duración de los síntomas y previenen las complicaciones supurativas y no-supurativas de la faringitis estreptocócica. La penicilina durante 10 días sigue siendo el tratamiento de elección, y administrada cada 12 horas es tan eficaz como en dosis más frecuentes. Pautas más cortas no alcanzan la misma erradicación bacteriana, y sólo han demostrado su eficacia las cefalosporinas de segunda y tercera generación y los macrólidos. La prescripción diferida no aporta beneficios sí es seguro no usarla, aunque se ha demostrado que conlleva un menor uso de antibióticos y una menor satisfacción del paciente.

Manejo clínico

1. Dolor e inflamación faríngea de inicio tórpido, síntomas catarrales, expectoración blanquecina, mucosa faríngea de aspecto eritematoso con/sin vesículas o aftas: sospecha de etiología vírica

Se aplicará tratamiento sintomático, como aumento de la ingesta de líquidos, gargarismos, lavados nasales, y antitérmicos si hubiera fiebre.

2. Fiebre elevada, inicio brusco, odinofagia severa, presencia de exudado faríngeo amigdalár, adenopatías submaxilares, ausencia de coriza (tos, rinorrea y/o conjuntivitis): sospecha de etiología bacteriana (*S. pyogenes*)

Se utilizará tratamiento antibiótico, de elección la penicilina V oral 500 mg/12h durante 10 días o la penicilina G benzatina 1.200.000 UI en dosis única intramuscular

en incumplidores o casos de intolerancia digestiva. La amoxicilina (750 mg/día en dosis única durante 10 días o 500 mg/8h también durante 10 días) puede ser una alternativa, aunque es de mayor espectro. En alérgicos, elegiremos la eritromicina (250 mg/6h o 500 mg/12h durante 10 días), aunque las cefalosporinas de primera generación (cefalexina 250-500 mg/6h) podrían ser una alternativa siempre que no exista hipersensibilidad inmediata.

Los objetivos del tratamiento antibiótico serían: prevenir las complicaciones supurativas (como el absceso periamigdalino y retrofaríngeo, la linfadenitis cervical supurativa, la otitis media aguda y la sinusitis); prevenir las complicaciones no-supurativas (como la fiebre reumática, siempre y cuando se empiece a tratar antes de 9 días desde el inicio de la sintomatología); reducir el curso clínico de la enfermedad (aunque sólo en unas 16 horas)¹⁰, y evitar el contagio (ya que logra negativizar el 97% de los cultivos en las primeras 24 horas tras el inicio del tratamiento).

La penicilina continúa siendo el tratamiento de elección, por su demostrada eficacia y seguridad, su espectro reducido y su bajo coste (*S. pyogenes* sigue siendo sensible in vitro a la penicilina).

Como tratamiento alternativo, la cefalosporinas orales, en dosis única, como el cefadroxilo y el cefprozilo, resultan eficaces para la erradicación del EBHGA, lo que supone un beneficio para incumplidores. La amoxicilina-ácido clavulánico queda reservada para aquellos casos con faringitis recurrentes.

En los alérgicos a la penicilina sigue siendo válida la eritromicina, pero su porcentaje de resistencias va en aumento (cerca de un 20-35%). De los nuevos macrólidos, la azitromicina (500 mg/día en pautas de 3 días) facilitaría el cumplimiento terapéutico, pero su amplio espectro la relega a una segunda elección ⁵. La clindamicina puede ser útil en alérgicos y en casos recurrentes por la participación de cepas anaeróbicas.

3. Fiebre elevada, inicio insidioso, malestar general (astenia, anorexia, mialgias...), curso subagudo, adenopatías cervicales prominentes y dolorosas, faringe exudativa y

posibles petequias en paladar y úvula: sospecha de mononucleosis infecciosa (virus de Epstein-Barr).

En este caso se adoptará tratamiento sintomático y reposo. Se confirmará con un análisis de sangre en el que se observan linfocitos activados, siendo el VPP del Monodificado (test de Paul Bunnell rápido) de 70%². Sólo se derivará al hospital si existiera grave afectación general.

II.8.3.5. Proceso Gripal

La gripe y el catarro ocasionan un importante absentismo escolar y laboral. En España, el 89% de los medicamentos que se prescriben en estos casos son antibióticos, cuando sólo el 5% de los procesos catarrales son producidos por bacterias. En el caso de la gripe, aparte del tratamiento sintomático habitual, se dispone de nuevos fármacos de reciente aparición y de estrategias preventivas. En este capítulo se proporcionan pautas para el adecuado diagnóstico diferencial y el tratamiento de ambos procesos.

Aproximación Diagnóstica Inicial

El cuadro catarral se caracteriza por rinorrea, tos, estornudos, odinofagia y congestión nasal. La fiebre, el dolor de cabeza, los dolores musculares y la debilidad muscular son característicos de la gripe.

Recomendaciones Para La Práctica Clínica

El tratamiento con inhibidores de la neuroaminidasa no es coste-efectivo en pacientes con bajo riesgo de complicaciones. Los inhibidores de la neuroaminidasa tampoco han demostrado reducir la tasa de complicaciones, hospitalización o mortalidad.

Hay evidencia científica sobre la utilidad de la vacunación antigripal en la población anciana y con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). Existe controversia sobre la vacunación de trabajadores sanos. Algunos estudios han encontrado que la vacunación es coste-efectiva.

Manejo clínico

1. Cuadro catarral

Debe realizarse un tratamiento sintomático, aumentando la ingesta de líquidos, pautando algún antitérmico y lavados de fosas nasales con suero. Los descongestionantes nasales pueden proporcionar alivio temporal, pero el efecto es insuficiente para justificar su uso repetido o prolongado, dada la posibilidad de congestión por rebote³. La tos, a menos que sea ronca y dolorosa, supone un mecanismo de defensa y no debe suprimirse³. Las dosis elevadas de ácido ascórbico no han demostrado eficacia objetiva.

2. Síndrome gripal

En principio, se realizará el mismo tipo de tratamiento sintomático descrito para el cuadro catarral. Si existe sospecha de sobreinfección bacteriana, hay que utilizar tratamiento antibiótico. Sin embargo, en el caso de la gripe debe tenerse en cuenta la existencia de fármacos específicos para su tratamiento, algunos de ellos de reciente incorporación, así como la existencia de medidas preventivas, que se describen seguidamente.

Tratamientos antivirales

Amantadina y rimantadina

También utilizados como quimioprofilaxis, estos dos fármacos pueden reducir la gravedad y acortar la duración de la gripe A en sujetos sanos cuando se administran dentro de las primeras 48 horas del comienzo de la enfermedad⁴. No se sabe si pueden impedir las complicaciones en personas con riesgo elevado. Los principales inconvenientes que presentan estos fármacos son:

- Solamente son efectivos contra el virus influenza A.
- Sólo resultan útiles cuando se utilizan dentro de las primeras 48 horas del inicio de los síntomas.
- Tienen una alta tasa de resistencias. Por esta razón se aconseja interrumpir el tratamiento después de 3-5 días o después de 24-48 horas de la desaparición de los síntomas.
- Producen efectos secundarios a nivel gastrointestinal y de sistema nervioso central.
- Es necesario un ajuste de dosis en casos de insuficiencia renal y hepática.

Inhibidores de la neuraminidasa

El zanamivir^{4, 6,7}, fármaco comercializado en España, realiza su acción antiviral mediante la inhibición de la neuraminidasa. La neuroaminidasa es una glicoproteína de la superficie viral que es necesaria para la replicación de los virus de la gripe A y B y que permite a los virus infectar otras células. El zanamivir se administra mediante inhalación oral y actúa en el árbol respiratorio. La duración del tratamiento es de 5 días, realizándose dos aplicaciones cada 12 horas. Administrado en las primeras 48 horas de la aparición de los síntomas puede reducir en 1 ó 2 días la duración de la enfermedad. Reduce, además, la tasa de complicaciones en pacientes de alto riesgo.

Otro inhibidor de la neuraminidasa, el oseltamivir^{4, 6}, fue aprobado en 1999 por la Food and Drug Administration (FDA). Se administra por vía oral y se metaboliza por vía hepática, para convertirse en su forma activa, el carboxilato de oseltamivir, que es eliminado íntegramente por vía renal.

Es importante señalar que los inhibidores de la neuraminidasa no producen ninguna interferencia en la respuesta inmune producida por la vacuna.

Los principales inconvenientes que presentan estos fármacos son:

- Solamente son útiles cuando se administran dentro de las primeras 48 horas del comienzo de los síntomas.
- Tienen un alto coste.
- En los tratamientos con zanamivir, se requiere educar al paciente en el uso del inhalador.
- El zanamivir debe evitarse en todos aquellos pacientes con enfermedades respiratorias (asma y EPOC).
- Los datos sobre su uso en pacientes geriátricos, de alto riesgo, con disfunción hepática y en embarazadas son escasos.

Los inhibidores de la neuraminidasa fueron los fármacos de elección recomendados por las autoridades sanitarias estadounidenses para el tratamiento de la gripe pandémica H1N1 de 2009 tanto en niños como en adultos⁸.

Vacuna antigripal

Se utilizan vacunas inactivadas². Las vacunas inactivadas disponibles son trivalentes y contienen

15 µg de cada una de las hemaglutininas de los virus gripales A (H1N1), A (H3N2) y B. Pueden ser de virus enteros, de virus fraccionados y de antígenos de superficie. La campaña de vacunación debe durar desde comienzos de octubre hasta mediados de noviembre^{2, 4,6}, y es necesaria una única dosis de la vacuna, salvo en niños menores de 9 años, en cuyo caso son necesarias 2 dosis con una separación de 1 mes.

La vacunación está indicada en los siguientes grupos:

- Personas con alto riesgo de complicaciones de la gripe:
 - Personas mayores de 50 años⁹. Se ha rebajado la edad de vacunación a todas aquellas personas mayores de 50 años debido a las altas tasas de morbimortalidad asociadas a la gripe y a que la vacunación es coste-efectiva.
 - Residentes de clínicas y otras instituciones de cuidados de enfermos crónicos.
 - Adultos y niños con dolencias crónicas pulmonares o cardiovasculares (incluido el asma).
 - Adultos y niños que requirieron seguimiento regular u hospitalización en el año anterior por causa de enfermedades metabólicas crónicas (incluida la diabetes), disfunción renal, hemoglobinopatías e inmunosupresión.
 - Niños y adolescentes en tratamiento crónico con ácido acetilsalicílico, debido al riesgo de síndrome de Reye si contraen la gripe.
 - Mujeres gestantes en el segundo o tercer trimestre de embarazo en la época epidémica de la gripe. Puesto que la vacuna es inactivada, la mayoría de los expertos consideran que la vacunación es segura durante todo el embarazo, aunque algunos prefieren administrar la vacuna en el segundo trimestre.
- Personas que podrían transmitir la gripe a personas con alto riesgo de padecer complicaciones: médicos, enfermeros, personal sanitario, personas que prestan atención a domicilio a pacientes de alto riesgo y convivientes con pacientes de alto riesgo.
- Otros grupos:
 - Infectados por VIH.

- Mujeres lactantes.

- Viajeros que se desplazan a zonas con gripe en situación epidémica.

No deben ser vacunadas todas aquellas personas con hipersensibilidad al huevo⁶. Tampoco se debe vacunar en caso de síndrome febril agudo.

II.9.- El Embarazo en la Adolescente

Cuando se ha impartido una correcta y sólida educación sexual no es de esperarse un embarazo en la adolescencia pues si tanto el hombre como la mujer comprendieron bien el concepto de formación como responsabilidad, tienen conocimiento de que el organismo femenino no ha llegado aún a la nubilidad pues se encuentra todavía en período de desarrollo y una gestación en esta época tiene un alto porcentaje de morbilidad materna.¹¹

Los embarazos en la adolescencia pueden clasificarse como gestaciones deseadas y no deseadas; tanto las unas como las otras necesitan cuidados especiales y por ello estas pacientes son agrupadas en la consulta de alto riesgo obstétrico en donde es aconsejable la intervención del psiquiatra.¹¹

Se denomina embarazo en adolescentes al que ocurre durante la adolescencia de la madre, definida esta última por la OMS como el lapso de vida transcurrido entre los 10 y 19 años de edad. También se suele designar como embarazo precoz, en atención a que se presenta antes de que la madre haya alcanzado la suficiente madurez emocional para asumir la compleja tarea de la maternidad.¹⁰

La OMS considera como embarazo de riesgo el que ocurre en mujeres menores de 20 años, ya que es la causa principal de mortalidad de las jóvenes que tienen entre 15 y 19 años de edad debido a complicaciones relacionadas con el parto, y los abortos practicados en condiciones de riesgo.²²¹²

La etiología se basa directamente en el nivel socioeconómico bajo, problemas familiares e inestabilidad, los grupos pares para iniciar las relaciones sexuales. También racionándose con modelos reproductivos que suelen hacer repetición de los mismo, tempranas. El embarazo en la adolescencia ha impactado psicosocialmente y

²²¹²Schwarcz, R.; Fescina, R.; Duverges, C. Obstetricia. Editorial El Ateneo. 6ta. Edición 2005.

se traduce en deserción escolar, más hijos, desempleos, un fracaso con parejas. Constituye una perpetuación mediante un ciclo de pobreza y “feminización de la miseria”. Las adolescentes y su embarazo un serio problema en la sociedad. Los médicos consideran esta situación de riesgo. Acarreando muchos problemas ocurren debido a que las adolescentes perciben un rechazo en su medio ambiente y a inmadurez biopsicosocial, lo cual constituye un problema de salud pública muy grave en el mundo con una mayor incidencia en Latinoamérica.²³¹⁴

La adolescente que queda embarazada tiende a comportarse de la manera correspondiente de acuerdo al periodo por el cual está transcurriendo en su vida. Sin la debida maduración de etapas posteriores por el simple y sencillo hecho de encontrarse en estado de embarazo.¹⁴ De una manera más generalizada a nivel global, es descrita una mayor morbilidad de la gestación en adolescentes, descritos en las literaturas:

- Infecciones urinarias
- Anemia
- Aborto
- Bacteriuria asintomática en el embarazo
- Hipertensión en el embarazo
- Preeclampsia – Eclampsia
- Ganancia de peso pobre
- Malnutrición
- Asociación de hemorragias (afecciones placentarias)
- Ruptura de membrana
- Parto a temprana edad
- Cesárea
- Desproporción cefalopélvica¹⁴

Ha sido descrito un mecanismo similar que daría diversas explicaciones a las afecciones inherentes al embarazo, donde se muestran una mayor frecuencia de las mismas en la adolescente embarazada. Esta consiste en una falla relacionada con los mecanismos fisiológicos de circulación los cuales, durante embarazo, se adaptan: El

²³¹⁴ Pérez-S-Sánchez, Obstetricia. Editorial Mediterráneo. 4ta. Edición. 2010.

Síndrome de adaptación circulatoria y no adecuada, en las que las manifestaciones clínicas a veces presentan o forman de manera separada y asociadas. Las enfermedades de transmisión sexual poseen una alta tasa, ya que ocasiona enfermedades como: vaginitis bacteriana, HPV entre otras enfermedades. Infecciones bacteriana una alta incidencia de parto prematuro, adicionado a ésta, otras entidades que son citadas como las responsables de tales, así como el propio desarrollo puberal, y elevando los procesos infecciosos a niveles como cervicovaginal que podrían ser ocasionados de una u otra manera, a través de la rotura prematura de membrana o parto pre término.²⁴

También existe alta incidencia elevada de anemia microcítica hipocrómica, que podría ser multifactorial, donde sobresalen hábitos nutricionales deficientes, no acudir a su control prenatal y la misma adolescencia. Es decir, una enfermedad frecuente en los países en vías de desarrollo.¹⁴

Durante el puerperio, la morbilidad suele estar ligada a la vía en que se presenta el nacimiento. Las complicaciones que más frecuentes a presentarse son: un desarrollo incompleto de las pacientes o el desgarro del canal del parto por el uso de los instrumentos como fórceps.¹⁴

Esta es asociada a la corioamnionitis, y a la membrana hialina en los recién nacidos por prematuridad e infección e incremento del índice de cesárea. Los riesgos en la sociedad de un embarazo de una adolescente pueden convertirse en aumento de la deserción escolar y una baja escolaridad, incremento de la tasa de desempleo, menos ingresos económicos durante toda la vida, en fin pobreza extrema. Aumenta el riesgo de separación, los divorcios y el abandono. Mayor posibilidad de tener más hijos. Es más frecuente que la madre adolescente deje la escuela y que su capacidad mental se reduzca, y que a todo esto sufra de tener un alto riesgo de abuso físico y ser víctima de negligencia en los cuidados de salud, sufrir de desnutrición y retardo tanto físico y como emocional. No existen diferencias significativas entre el recién nacido que nace

²⁴¹⁴ Pérez-S-Sánchez, Obstetricia. Editorial Mediterráneo. 4ta. Edición. 2010.

de una madre adolescente con relación a mujeres de edad adulta, aunque podría existir diferencias entre las adolescentes menores de 15 años.²⁵¹⁴

Se citan las siguientes:

- Neonatología internada: no existen diferencia en las edades.
- Malformaciones: la mayoría suele emplearse en los hijos de edad joven, siendo aquellos donde se produce el cierre de tubo neural como uno de los defectos más frecuentes, y con un número más elevado.
- Mortalidad perinatal: Elevado índice en adolescentes, y decrece mientras aumenta la edad.
- Recién nacido de bajo peso debido al nacimiento pretérmino o por la causa de ser demasiado pequeño en esa edad.

Son más frecuentes las afecciones en mujeres menores de 20 años, (materna y perinatales) sobre todo en los grupos de edades más cercanos a la menarquía.¹⁴

La menarquía se describe como un suceso que normalmente ha de ocurrir entre los ocho (8) y trece (13) años de la adolescencia, dando inicio a la menstruación, evento decisivo para el cambio de etapa, la maduración emocional y sobre todo sexual. Una edad menor de la menarquía constituye un factor que puede determinar la aparición riesgos, lo cual podría provocar inicio temprano de la actividad sexual. Sin embargo, la madurez psicosocial, suele moverse a edades avanzadas debido proceso largo de la preparación que es requerido por la adolescente para convertirse autovalente.¹⁴

La población de dieciséis (16) años o menores, que llegan a embarazarse tienen un riesgo mucho más alto para las mismas y sus productos, si son comparadas con adolescentes mayores.

Las adolescentes que se llegan a embarazar en un periodo 5 años o menos entre la menarquía y el parto son consideradas como factor de riesgo para la presentación de resultados perinatales no favorables. En el periodo de 10 y 14 años existen porcentajes que son de mayor elevación según el peso que tenga al nacer, teniendo como hipertensión, depresión al nacer, morbimortalidad materna perinatal elevada, y mayor

²⁵¹⁴ Pérez-S-Sánchez, Obstetricia. Editorial Mediterráneo. 4ta. Edición. 2010.

aumento de cesáreas. Como existe poco desarrollo del eje hipófisis gonadal de la gónada durante éste lapso de tiempo (previo a los 5 años después de la menarquía), se necesita que el parto sea desencadenado de manera artificial, si este no ha ocurrido espontáneamente.²⁶¹⁴

La mortalidad y morbilidad en las adolescentes en estado América Latina, podría ser parecido al grupo de mujeres adultas si le es entregada una atención adecuada prenatal y durante el parto.¹⁴

La toma de decisiones no existe para el padre adolescente en el evento reproductivo, la falta de compromiso e incluso sucede rechazo por parte familia del padre adolescente. Casi siempre este abandona sus estudios, tiene ingresos mucho menor del nivel de sus pares, y existe una más alta tasa de divorcios, aumentó el estrés y aumento de trastornos emocionales por reacciones negativas a todo el ambiente que lo circunda.¹⁴

II.9.1.- Factores que favorecen el embarazo en la adolescencia

Factores ambientales

Las malas o bajas condiciones socioeconómicas, así como la ignorancia y la pobreza constituyen factores causales muy importantes, tanto del embarazo adolescente como del inicio precoz de las relaciones sexuales. Por ello se observa cómo la fecundidad adolescente no se distribuye de forma homogénea entre los diferentes estratos sociales, apreciándose zonas de elevada prevalencia dentro de una misma área geográfica.²⁷¹⁵

Otro de los factores ambientales asociados al inicio precoz de las relaciones sexuales ha sido la falta de escolarización de los jóvenes, hecho que afortunadamente ya no sucede en nuestro país, pero que constituye una dramática realidad en otras latitudes.

En Brasil, por ejemplo, de las jóvenes adolescentes embarazadas que se acogieron a un Programa Comunitario de control, un 46 por ciento de ellas habían

²⁶¹⁴ Pérez-S-Sánchez, Obstetricia. Editorial Mediterráneo. 4ta. Edición. 2010.

²⁷¹⁵ Cunningham, Leveno, Boolm. Williams Obstetricia. McGraw-Hill. 24va. Edición. 2015

abandonado la escuela bastante tiempo antes del embarazo. Otra de las cuestiones que se ha relacionado, de manera casi constante, con el inicio de las relaciones sexuales ha sido el ámbito o medio de hábitat de los jóvenes, habiéndose postulado que en el medio rural se inicia antes la actividad coital que en el medio urbano y, como consecuencia, se observan tasas más elevadas de embarazo adolescente.¹⁵

Suele ocurrir, con cierta frecuencia, que los adolescentes tienen sus primeras relaciones sexuales bajo el influjo del alcohol y, además, un porcentaje estimable de ellos (15%) lo hace después de tomar otro tipo de droga. La utilización de cualquier tipo de droga es mala consejera para realizar ejercicios de previsión y responsabilidad y hay estudios que han demostrado que hasta un 17 por ciento de los adolescentes utiliza menos el preservativo después de beber.

Dentro de los factores ambientales que pueden influir en la baja tasa de utilización de anticoncepción no es descartable ese 31 por ciento de jóvenes adolescentes que, en algunas sociedades, se embarazan premeditadamente como resultado de una fantasía, de un comportamiento cultural o, lo que es más grave, como una huida hacia delante de una situación familiar y económica calamitosa.¹⁵

No utilización de anticoncepción

Habida cuenta de que cuanto más joven es la mujer menos relaciones sin protección necesita para quedarse embarazada, es fácil concluir que la no utilización de método anticonceptivo alguno supone el factor causal más importante para el embarazo adolescente. Para muchos, el verdadero problema del embarazo adolescente radica en que esta población no utiliza medidas anticonceptivas por falta de educación sexual, por desconocimiento de los métodos disponibles, por ignorancia en cuanto al peligro del embarazo y por la difícil accesibilidad a los métodos anticonceptivos.²⁸¹⁵

Falta de previsión

Las primeras relaciones sexuales son espontáneas, no planeadas, lo que dificulta la utilización de algún método anticonceptivo, al mismo tiempo que parece

²⁸¹⁵Cunningham, Leveno, Boolm. Williams Obstetricia. McGraw-Hill. 24va. Edición. 2015

haber observado una débil motivación, por parte de los jóvenes, para su uso. Así como la menarquía y el inicio de las relaciones sexuales se han adelantado, no parece ocurrir lo mismo con la madurez psicológica de los jóvenes, muchas veces poco conscientes del riesgo que asumen.

De hecho, el 30-35 por ciento de las primeras relaciones coitales se realizan sin protección anticonceptiva. En otras ocasiones la no utilización de método anticonceptivo no obedece a falta de previsión sino, más bien, a la asunción de comportamientos de riesgo, propios de esta edad. En algunas sociedades industrializadas las jóvenes que resultan embarazadas tienen una probabilidad mayor de haber consumido drogas, realizar actos delictivos.¹⁵

La falta de previsión ante las primeras relaciones sexuales está más ligada con la percepción, que los jóvenes tienen sobre su propia sexualidad, y así aquellas jóvenes que se consideran a sí mismas incapaces de ser sexualmente activas tienen mayor riesgo de embarazo que las que asumen esta posibilidad y, por ello, toman precauciones.

Falta de educación sexual

La falta de una adecuada educación e información sexual explica, en la mayoría de las ocasiones, la alta incidencia de gestación adolescente. La responsabilidad de padres, profesores, sanitarios, de la sociedad en fin, se diluye y los jóvenes obtienen la información sobre los métodos anticonceptivos de sus amigos, medios de comunicación, etc. Los padres, primeros responsables en materia educativa, delegan con demasiada frecuencia su responsabilidad en terceras personas haciendo dejación de su derecho y su deber de educar a sus hijos.

De hecho, el 51 por ciento de los jóvenes obtienen información sobre los métodos anticonceptivos de los medios de comunicación, el 49 por ciento lo hace de sus amigas, mientras que el 15 por ciento se entera a través de sus padres y, únicamente, un 3 por ciento lo hace de los médicos o agentes sanitarios.¹⁶

Se ha de señalar que el sistema educativo no figura entre las fuentes de información de nuestros jóvenes, hecho que debería de hacer reflexionar, profundamente, a las autoridades responsables.

Difícil accesibilidad a los métodos anticonceptivos

En todos los ámbitos geográficos y en todas las sociedades, desarrolladas o no, los resultados demuestran que las leyes restrictivas sobre la accesibilidad a los anticonceptivos se asocian a un riesgo elevado de gestación adolescente.²⁹¹⁶

La principal dificultad que señalan los adolescentes para acercarse a un Centro de Orientación Familiar (COF) estriba en que desconocen el tipo de lugar y el tipo de personas con que se van a encontrar. Así, hasta un 42 por ciento de 269 jóvenes embarazadas que contestaron a una encuesta, refirieron no haber acudido a un Centro de Orientación Familiar, previamente a su gestación, por temor a que sus datos no fuesen confidenciales. Otras de las razones aducidas por las jóvenes para no acudir a un COF son que tenían miedo a la exploración ginecológica (13%), tenían relaciones sexuales esporádicas y creían no necesitar anticoncepción (12%) e incluso un 7 por ciento consideraba que los Centro de Orientación Familiar no eran para jóvenes.³⁰¹⁵

II.9.2.- Consecuencias del embarazo en la adolescencia

Tradicionalmente se había considerado que un embarazo no deseado tenía para la chica sólo algunas consecuencias orgánicas, con un efecto limitado en el tiempo. Sin embargo, hoy sabemos que, desde el momento en que sabe que se ha quedado embarazada, y tome la decisión que tome (abortar o tener el hijo), está expuesta a importantes consecuencias, no sólo orgánicas, sino también psicológicas, sociales, económicas educativas y laborales. Los efectos de muchas de ellas pueden extenderse, incluso, hasta muchos años después del embarazo.¹⁷

²⁹¹⁶Victoria C. Características sociofamiliares de adolescentes embarazadas atendidas en un módulo de alto riesgo. 267-271.

³⁰¹⁵ Cunningham, Leveno, Boonm. Williams Obstetricia. McGraw-Hill. 24va. Edición. 2015

Consecuencias iniciales (Ante la confirmación del embarazo).

Conocer que está embarazada sin quererlo, supone un fuerte impacto psicológico para la chica. En general el miedo, el estrés y la ansiedad son las reacciones iniciales. Son múltiples las dudas que se le plantean: ¿Qué puede hacer? ¿Cómo reaccionará su pareja? ¿Cómo se lo va a decir a sus padres y cómo lo tomarán? ¿Qué va a ocurrir con su vida? A este respecto, hay que tener en cuenta que lo más habitual es que la chica no disponga de estrategias adecuadas de afrontamiento y resolución de este tipo de problemas.³¹¹⁷

Consecuencias a corto y mediano plazo:

Aunque la mayoría de los estudios se han centrado en las consecuencias asociadas a la decisión de tener el hijo, sobre generalizándolas a veces como consecuencias del embarazo, en este trabajo trataremos también las consecuencias asociadas a la decisión de abortar.¹⁷

Consecuencias asociadas a la decisión de tener el hijo:

Si decide quedarse con el hijo, puede estar expuesta a diversas consecuencias orgánicas, psicológicas, sociales, económicas y educativas. Además, tiene grandes posibilidades de quedarse, en un corto período de tiempo, nuevamente embarazada.

Consecuencias orgánicas

Durante la gestación, el parto y el postparto son mucho más probables toda una serie de problemas orgánicos que pueden afectar notablemente a la madre y al hijo. Esto ha motivado que los embarazos en la adolescencia hayan sido considerados de alto riesgo por la Organización Mundial de la Salud. Durante la gestación son más frecuentes las anemias, las alteraciones de peso, el crecimiento uterino inferior a lo normal y los abortos espontáneos.¹⁸

Durante el parto y el postparto son también muy importantes. La tasa de mortalidad es también más elevada. Por encima de esta edad, parecen ser mucho más relevantes diversos factores de tipo psicológico y social. Entre los factores psicológicos destaca el

³¹¹⁷Gascón JA. Comportamiento sexual de los escolares adolescentes de Córdoba. 355-360. <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=738351>

inadecuado y escaso o nulo cuidado prenatal que suelen tener estas madres. Este escaso cuidado prenatal parece estar motivado, entre otras cosas, por el hecho de que aproximadamente el 80 por ciento de estos embarazos no son deseados, lo que favorece la tendencia a ocultarlos, y por los malos hábitos de salud que suelen tener estas madres. Respecto a los factores de tipo social, el fundamental sería el bajo estatus socioeconómico y sociocultural que suelen tener estas chicas.³²¹⁸

Consecuencias psicológicas

La madre adolescente es en cierto sentido una niña, que de pronto se ve arrojada al mundo adulto sin estar preparada para ello. Esta nueva situación lleva a la adolescente a gran cantidad de problemas psicológicos, ya que la aceptación de ser madre o del matrimonio son grandes pasos para los que no está preparada. Esto hace que se sienta frustrada en sus expectativas de futuro.¹⁸

Algunos autores llegan a afirmar que el embarazo en la adolescencia supone el inicio de un síndrome del fracaso, ya que la adolescente suele fracasar en el logro de las metas evolutivas de la adolescencia, en terminar su educación, en limitar el tamaño de su familia, en establecer una vocación y conseguir ser independiente.

Esta situación tal vez explique la baja eficacia personal percibida en estas madres y la mayor incidencia de baja autoestima, estrés, depresión, e incluso, de suicidios, todos estos problemas muchos más frecuentes entre las adolescentes embarazadas que entre sus compañeras no embarazadas. No obstante, no podemos estar plenamente seguros de que estos problemas psicológicos sean consecuencias del embarazo. Tal vez sean causas, o causas y consecuencias a la vez. O puede, incluso, que no sean ninguna de las dos cosas y que exista alguna otra tercera variable a la que se deban estas asociaciones.³³¹⁸

Consecuencias educativas, socio-económicas y relacionales

Estos embarazos, acarrearán gran cantidad de problemas escolares, dificultan la inserción en el mundo laboral e interfieren notablemente con la posibilidad de conseguir

³²¹⁸Núñez RM. Embarazo no deseado en adolescentes y utilización de métodos anticonceptivos posparto.592-602.

³³¹⁸Núñez RM. Embarazo no deseado en adolescentes y utilización de métodos anticonceptivos posparto.592-602.

unos ingresos suficientes. Por otro lado, las relaciones sociales de la chica también pueden verse afectadas.

a) Consecuencias educativas

En las madres adolescentes las posibilidades de llegar a conseguir una buena formación se ven claramente disminuidas, ya que son mucho más frecuentes los problemas escolares y el abandono de los estudios.

El menor rendimiento académico y las mayores probabilidades de abandono escolar interfieren seriamente en el proceso de formación. Todo ello puede acarrear importantes consecuencias sociales y económicas.

b) Consecuencias socio-económicas:

En el caso de que la madre decida quedarse con el hijo, las responsabilidades parentales, su bajo nivel de formación, y su habitualmente escasa o nula experiencia laboral, hacen más fácil que, o bien no encuentre un trabajo. Como consecuencia de ello, muchas de estas chicas viven en hogares con reducidos ingresos, incluso por debajo del nivel de la pobreza. En algunos casos, la situación económica es tan precaria que pasan a depender de la asistencia social.¹⁹

c) Consecuencias socio-relacionales

Ser madre puede ocasionar a la chica importantes problemas de rechazo social. La adolescente puede ser rechazada, además de por su pareja, por algunos de sus amigos, vecinos o familiares. En casos extremos puede llegar a ser rechazada incluso por sus propios padres. Este rechazo le priva de una parte muy importante de sus fuentes de apoyo social en ocasiones, también económico, precisamente en el momento en que más las necesita. Por otro lado, esto hace más difícil que la chica se implique en una relación de pareja estable.¹⁹

II.10.- Medidas preventivas de embarazos en la adolescencia

Prevención primaria

Es el conjunto de medidas que tienden a evitar que llegue a producirse un fenómeno no deseable. En este nivel hay que evitar el embarazo. Puede intentarse

poniendo en acción medidas de orden general, educativas o sociales, dirigidas a todos los jóvenes; puede intentarse también una acción mucho más amplia, a nivel comunitario, para modificar ciertos comportamientos sociales que fomentan la actividad sexual y los embarazos de las jóvenes.²⁹

También se debe dirigir la acción hacia los que tienen la responsabilidad educativa (familia, maestros). Entre las medidas generales es necesario trabajar sobre la educación de la responsabilidad sexual y el poner a disposición de los jóvenes medios de control de fertilidad. La puesta en práctica de medidas particulares, destinadas a ciertos grupos de adolescentes más concretamente expuestos al riesgo de la concepción y de embarazo, supone que se detecten los sujetos o grupos de alto riesgo. Este esfuerzo puede ser concebido de forma distinta según el grupo. A parte de estas estrategias es necesario un cambio de mentalidad con respecto a los jóvenes dándoles a estos las responsabilidades sociales que les permite su desarrollo biológico.³⁴¹⁵

Prevención secundaria

Acciones encaminadas a limitar la gravedad del problema que ya se ha iniciado. Este supone cuando el embarazo ya se ha iniciado la continuación del embarazo hasta su término. Se debe asegurar una evolución satisfactoria del embarazo para el equilibrio psíquico de la madre; preparar el nacimiento; aportar una ayuda a las familias de los jóvenes padres, al mismo joven padre si se conoce y está decidido asumir su paternidad.¹⁵

Prevención terciaria

Consiste en el conjunto de medidas que cuando el fenómeno ya se ha producido, tiene por finalidad limitar sus consecuencias a largo plazo así como las secuelas y reincidencias.

En este aspecto implica medidas adoptadas para asegurar el futuro del niño y de sus padres y evitar el advenimiento de nuevos embarazos no deseados.¹⁵

³⁴¹⁵Cunningham, Leveno, Boolm. Williams Obstetricia. McGraw-Hill. 24va. Edición. 2015

En el nivel de prevención primaria son sumamente importante medidas educativas a nivel sexual, como ya se mencionó, para lo cual es necesario tener en cuenta que los profesionales encargados de esta formación cumplan con las siguientes características:¹⁵

- Un profesional bien informado, orientador, que le brinde confianza.
- Un profesional que tenga resueltos y sepa manejar sus propios conflictos sexuales, éticos, religiosos o morales, para que no interfieran en la orientación del adolescente.
 - Que tenga un enfoque integrativo (cuerpo-espíritu-mente-sociedad) en lo que se refiere a sexualidad.
 - Que respete los principios básicos de educación dirigida a los adolescentes: con acción participativa del propio joven, con enfoque individual, familiar e institucional; que haga énfasis en cambio de actitudes y comportamiento.
 - Que respete los principios de confidencialidad, consentimiento, pudor y dignidad del paciente.
 - Un profesional que estimule la reflexión y promueva comportamientos más elevados en el orden moral.

II.11. Complicaciones del Embarazo adolescente.

II.11.1. Taquisistolia

La taquisistolia se define como seis o más contracciones en diez minutos durante dos períodos consecutivos de diez minutos y la hiperestimulación como la presencia de taquisistolia acompañada de alteraciones de la frecuencia cardíaca fetal, como bradicardia y desaceleraciones variables severas.³⁵²⁶

II.11.2. Atonia uterina

Cuando la madre acaba de dar a luz habiendo expulsado al bebé y a la placenta, se desencadena un mecanismo de suma importancia, se trata de una potente contracción uterina cuya función es la de cerrar los vasos sanguíneos (vasos uterinos) del útero.

³⁵²⁶Borré Arrieta Orlando, Rodríguez Yances Benjamín, Angarita Peñaranda William, Chamat Barrios Antonio, Gómez Rhenals Édgar. Inducción electiva ambulatoria del trabajo de parto con misoprostol en pacientes de bajo riesgo: estudio clínico controlado. RevColombObstetGinecol

Gracias a esta contracción el sangrado es mínimo en la recién estrenada mamá. Cuando este mecanismo no se produce se origina la atonía uterina o inercia y el resultado es una importante hemorragia. La atonía uterina puede también ser originada por retención de un resto placentario o una infección. Por lo general, las contracciones del miometrio comprimen los vasos sanguíneos desgarrados durante el parto, reduciendo el flujo sanguíneo en la pared uterina. Por lo tanto, una carencia de contracciones uterinas posparto puede causar una hemorragia obstétrica. Clínicamente, entre 75-80% de las hemorragias posparto son causadas por atonía uterina.^{36 29},

Etiología

- Sobre distensión uterina por embarazo múltiple, polihidramnios o macrostomia fetal
- Cansancio uterino por un parto prolongado o distocia
- Multiparidad, especialmente solo un parto
- Parto no precipitado, especialmente si dura menos de 3 horas
- Tratamiento de la preeclampsia con sulfato de magnesio
- Corioamnionitis
- Uso de anestésicos halogenados
- Miomias

Diagnóstico

La pérdida normal de sangre durante el parto es de alrededor de 500 mililitros (medio litro). Cualquier sangramiento mayor de esa cantidad en el posparto inmediato es considerado como una hemorragia. En otro momento del puerperio no debe ocurrir ninguna pérdida sanguínea. Por tanto, si estas pérdidas se producen, la mujer debe ser llevada al médico de urgencia.

³⁶²⁹Sociedad Española de OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA (2007). *Fundamentos de Obstetricia*. Gráficas Marte, S.L. p. 737. ISBN 978-84-690-5397-3

Complicaciones

La principal complicación que puede desencadenar la atonía uterina es la hemorragia severa, que se traduce en pérdida del conocimiento por choque hipovolémico (pérdida importante de sangre), paro cardíaco o respiratorio, y alto riesgo de muerte.

Tratamiento

Estará en dependencia de la causa y evolución de la hemorragia. Porque, por ejemplo, si en el curso de una atonía uterina son utilizados los oxitócicos, medicamentos que producen la contracción del útero, y esta situación no es resuelta, será necesario apelar a la cirugía. Masaje uterino bimanual: La primera maniobra a realizar ante una atonía uterina es el masaje bimanual del útero. Consiste en masajear el útero de manera intermitente, hacia abajo desde el abdomen con una mano, y hacia arriba desde la vagina con la otra mano. La oxitocina, una hormona sintética que se administra por vía intravenosa, es el fármaco de primera elección en el manejo de la atonía uterina (20-50 U diluidas en 1.000 ml de solución glucosada al 5%).³⁷³⁰

II.11.3. Desprendimiento Prematuro de Placenta

Es la separación de la placenta (el órgano que alimenta al feto) de su adhesión a la pared uterina antes de dar a luz al bebé.³⁸³³

Causas: La causa exacta del desprendimiento prematuro de la placenta puede ser difícil de determinar.

Las causas directas son poco comunes, pero abarcan:

- Lesión en el área ventral (abdomen) a raíz de una caída, un golpe en el abdomen o un accidente automovilístico
- Pérdida súbita del volumen uterino (puede ocurrir con la pérdida rápida del líquido amniótico o después del parto de un primer gemelo)

³⁷³⁰ González-Merlo, J.; González-Bosquet, E., González-Bosquet, J. *Obstetricia*, Editorial Elsevier. 9na. Edición. 2014.

³⁸³³ Francois KE, Foley MR. Antepartum and postpartum hemorrhage. In: Gabbe SG, Niebyl JR, Simpson JL, eds. *Obstetrics - Normal and Problem Pregnancies*. 6th ed. Philadelphia, PA: Elsevier Saunders; 2007:chap 19.

Entre los factores de riesgo se pueden mencionar:

- Trastornos de la coagulación de la sangre (trombofilias)
- Tabaquismo
- Consumo de cocaína
- Diabetes
- Beber más de 14 tragos de alcohol por semana durante el embarazo
- Presión arterial alta durante el embarazo (aproximadamente la mitad de los casos de desprendimiento prematuro de placenta que llevan a la muerte del bebé están asociados con hipertensión arterial).

El desprendimiento prematuro de la placenta, que incluye cualquier separación de la placenta previa al parto, ocurre en aproximadamente 1 de cada 150 partos. La forma grave, que puede provocar la muerte del bebé, se presenta únicamente en alrededor de 1 por cada 800 a 1,600 partos.³⁹³⁴

Tratamiento

El tratamiento puede incluir administración de líquidos a través de una vena (vía intravenosa) y transfusiones de sangre. Igualmente, se hará un control cuidadoso de la madre en búsqueda de síntomas de shock. Se vigilará al feto en busca de signos de sufrimiento fetal, que incluye frecuencia cardíaca anormal.

Se puede necesitar una cesárea de emergencia. Si el bebé está muy inmaduro y hay sólo un pequeño desprendimiento de placenta, la madre puede ser hospitalizada para observación minuciosa y se le puede dar de alta a los pocos días si su estado no empeora y cualquier sangrado se detiene. Si el feto está lo suficientemente desarrollado, se puede practicar un parto vaginal si es seguro para la madre y el niño; de lo contrario, se puede hacer una cesárea.

³⁹³⁴Houry DE, Salhi BA. Acute complications of pregnancy. In: Marx J, Hockberger RS, Walls RM, et al, eds. Rosen's™ Emergency Medicine: Concepts and Clinical Practice. 7th ed. Philadelphia, PA: Elsevier Mosby; 2009:chap 176.

Posibles complicaciones

La pérdida excesiva de sangre puede provocar choque (shock) y la posible muerte de la madre o el feto. Si el sangrado se presenta después del parto y la pérdida de sangre no se puede controlar de otras formas, la madre puede necesitar una histerectomía (extirpación del útero).⁴⁰³⁵

II.12. Mortalidad Materna en Adolescentes

En muchos países en desarrollo es francamente más alta.

En América Latina, la mortalidad materna total y la específica por edades, ha disminuido en casi todos los países y, en alguno de ellos, ya no puede ser utilizada como indicador para evaluar el impacto de programas, utilizándose la auditoría de casos para el análisis de la calidad de atención en accidentes obstétricos y perinatales.

La prevención de la mortalidad materna en adolescentes se basa en la detección precoz de los grupos de mayor riesgo, y adecuado tratamiento de la morbilidad obstétrica y perinatal, optimizando los recursos. De esta manera, los riesgos enfermar y morir, no serán un problema de la edad cronológica, sino de la calidad, cobertura y accesibilidad de los servicios de salud para las madres adolescentes.

Para la disminución de la mortalidad materna en la adolescencia, se inicia con la Atención Primaria de la salud, a través de la Educación Sexual y Anticoncepción como herramientas de la Promoción para la Salud, todo ello enmarcado en un programa de Educación, Promoción y Protección para la Salud de la Adolescente, como política de salud teniendo en cuenta que los jóvenes aún carecen de representación gremial y política que defiendan sus derechos, pasando a ser una baja prioridad en algunas sociedades.

El análisis de factores de riesgo, se resume a informes intrahospitalarios que muestran algunos aspectos del riesgo, generalmente asociados a algunas patologías y no con criterio predictivo aplicado desde la Atención Primaria de la Salud.⁴¹³⁷

⁴⁰³⁵Cunningham FG, Leveno KL, Bloom SL, et al. Obstetrical hemorrhage. In: Cunningham FG, Leveno KL, Bloom SL, et al., eds. *Williams Obstetrics*. 23rd ed. New York, NY: McGraw-Hill; 2010:chap 35

⁴¹³⁷ González-Merlo, J.; González-Bosquet, E., González-Bosquet, J. *Obstetricia*, Editorial Elsevier. 9na. Edición. 2014.

II.12.1. Morbilidad obstétrica en las adolescentes

En Chile (1991-1997), se informó que, la morbilidad de las adolescentes entre 10 y 14 años que necesitó internación, correspondía a accidentes y enfermedades respiratorias y digestivas, representando las causas gestacionales un 4,1% de los egresos. En el grupo de 15 a 19 años, la primera causa de hospitalización fue la gestación, alcanzando el 63,1% de los egresos. La distribución de la morbilidad obstétrica fue semejante a la de las adultas con mayor frecuencia de estados hipertensivos y desproporciones feto pélvicas. Llama la atención el impacto de la desnutrición en las embarazadas adolescentes, llegando a un 19,4% de enflaquecidas al momento del parto y la frecuencia del RN < 2,500 g alcanzó al 15% en ellas, siendo 5 veces superior a la frecuencia de prematuros en adolescentes de nutrición normal. Este fenómeno es mucho más grave en comunidades rurales, notándose un 41,4% de adolescentes de bajo peso al ingreso al control prenatal.

La aplicación de un programa integral para adolescentes embarazadas, impactará sensiblemente en la disminución de la morbilidad obstétrica como ser: infecciones urinarias, pre eclampsia y eclampsia, tasa de cesáreas (salvo < 15 años). Los RCIU y PEG llegan al 15-18%, superior a las mujeres adultas. No se ha confirmado la mayor frecuencia de malformados en embarazadas adolescentes.

En estudios de seguimiento, se comprobó relación entre mayor frecuencia de patologías de salud mental y desestructuración familiar, abandono de pareja y voluntariedad del embarazo, pobreza en la capacidad de expresión, manejo e interpretación de los sentimientos de afectividad. El abandono, en cualquiera de sus formas, lleva a la pérdida de la autoestima a límites de peligrosidad, dificultando la comunicación con la adolescente (especialmente durante el embarazo).⁴²³⁷

⁴²³⁷ González-Merlo, J.; González-Bosquet, E., González-Bosquet, J. Obstetricia, Editorial Elsevier. 9na. Edición. 2014.

CAPÍTULO III

III.1. Variables

1. Edad
2. Sexo
3. Procedencia
4. Factores de riesgo
5. Comorbilidades
6. Mortalidad

III.2. Operacionalización de las variables

VARIABLE	DEFINICIÓN	INDICADOR	ESCALA
Edad.	Años cumplidos desde el momento de nacimiento hasta el momento de estudio	Años cumplidos	Numeral
Procedencia	Lugar de nacimiento u origen del paciente	Rural Urbana	Nominal
ETS	Enfermedades de transmisión sexual	Sifilis Gonorrea Otras	Nominal
Factores de riesgo	Conjunto de rasgos, características o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión	Hábitos tóxicos Exposición Otros	Nominal
Comorbilidad	La presencia de uno o más trastornos (o enfermedades) además de la enfermedad o trastorno primario.	HTA Diabetes Otros	Nominal
Mortalidad	Cantidad de personas que mueren en un lugar y en un período de tiempo determinados en relación con el total de la población.	Cantidad de fallecimientos	Nominal

III.3. DISEÑO METODOLÓGICO

III.3.1 Tipo de estudio

Se realizará un estudio descriptivo, observacional, con fuente prospectiva de datos y de corte transversal con la finalidad de determinar las complicaciones más frecuentes en las adolescentes que acuden a la consulta externa del Hospital local El Almirante de Santo Domingo Este durante el periodo agosto – septiembre 2021.

III.3.2 Ámbito del estudio

El estudio tendrá lugar en el Municipio Santo Domingo Este, en el Sector El Almirante, delimitado al norte por la avenida La Pista, al sur por la Avenida del Progreso, al Este por la calle Miguel Díaz y al Oeste por la calle Canaán.



III.3.3. Tiempo de realización

Se trabajó desde el mes de Julio hasta Octubre del año 2021.

III.3.4. Población.

La población de estudio estará constituida por el total de pacientes adolescentes que asisten a la consulta en el periodo de estudio

III.3.5. Criterios de inclusión

- Pacientes adolescentes.

III.3.6. Criterios de exclusión

- Barrera idiomática.
- Pacientes cuyos padres no quisieron que sus hijos formen parte de la investigación.

III.3.7. Fuente de información

Fuente primarias información directa de las pacientes y como fuentes secundarias: Libros, revistas, documentos en línea (internet), así como enciclopedias, tesis y monografías de otros autores.

III.3.8. Método de recolección de datos

Se elaborará un instrumento de recolección de datos con preguntas cerradas, a partir de las variables de estudio, la cual será validada por expertos en investigación. Una vez dada la aprobación por las autoridades correspondientes se procederá a la recolección de información de los adolescentes que acudirán a la consulta en el hospital durante el periodo de estudio.

III.3.9. Técnica

Encuestas mediante aplicación de cuestionario, y la observación para lo cual se utilizó una guía de chequeo.

III.3.10. Análisis de datos

Los datos serán procesados normalmente, tomando en cuenta la respuesta individual y colectiva, luego serán comparadas con perfiles epidemiológicos de otras investigaciones, para comparar datos de que, para ser sometidos a revisión y analizados de acuerdo a los objetivos y el marco teórico planteados, utilizando estadística simple, porcentaje, Microsoft Word 2010, Excel 2010.

III.3.11. Principios éticos

La investigación cumplió con los principios éticos y bioéticos. No se registró información personal de los pacientes para así garantizar la confidencialidad de los mismos con la institución. Esta información es estrictamente para fines científicos.

CAPÍTULO IV.

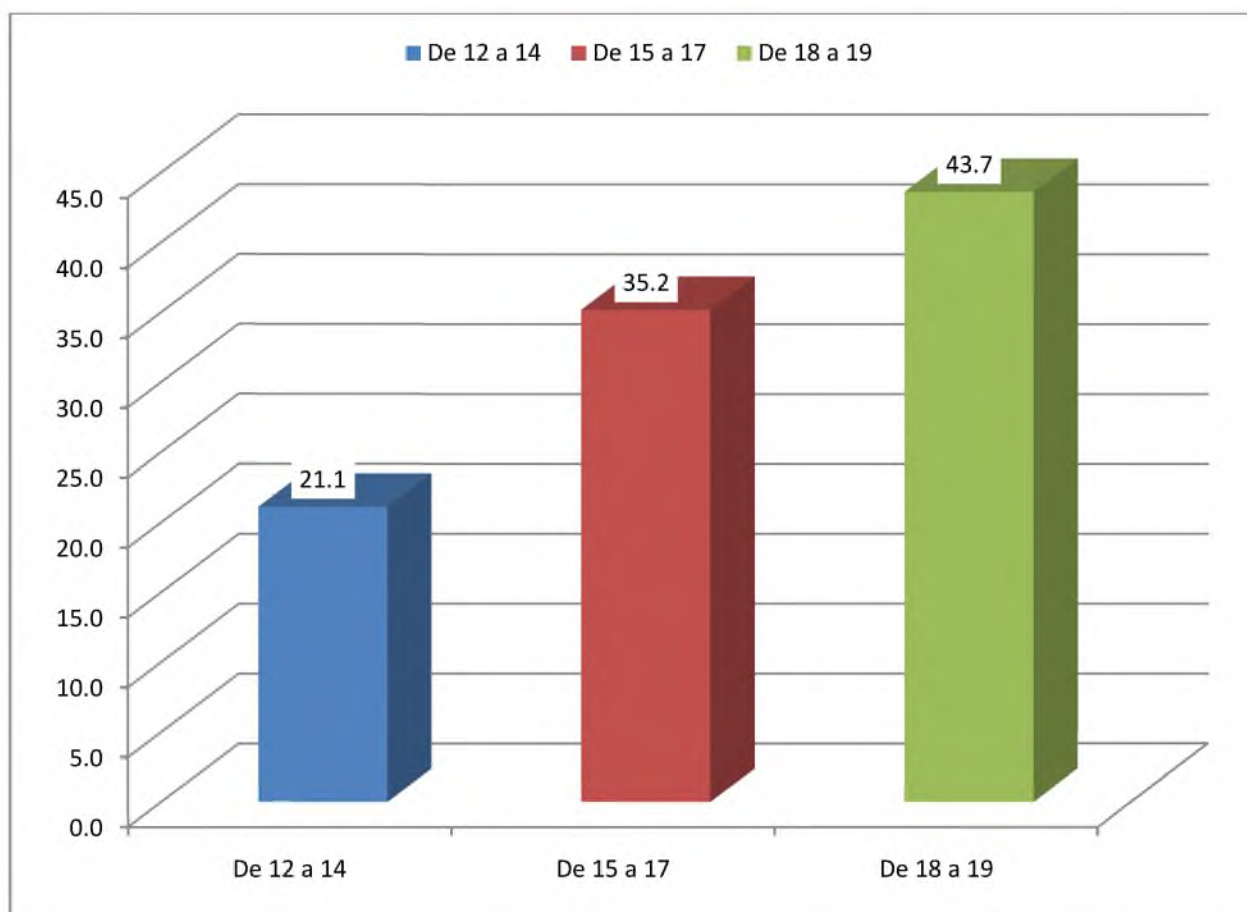
IV.1 PRESENTACION DE LOS RESULTAODS

Tabla 1.- Características de los rangos de edad de las adolescentes asistidos en el Hospital Local El Almirante de Santo Domingo Este. Agosto – Septiembre, 2021.

Edad	Frecuencia	Porcentaje
De 12 a 14	15	21.1
De 15 a 17	25	35.2
De 18 a 19	31	43.7
Total	71	100.0

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Gráfico 1.- Características de los rangos de edad de las adolescentes asistidos en el Hospital Local El Almirante de Santo Domingo Este. Agosto – Septiembre, 2021.



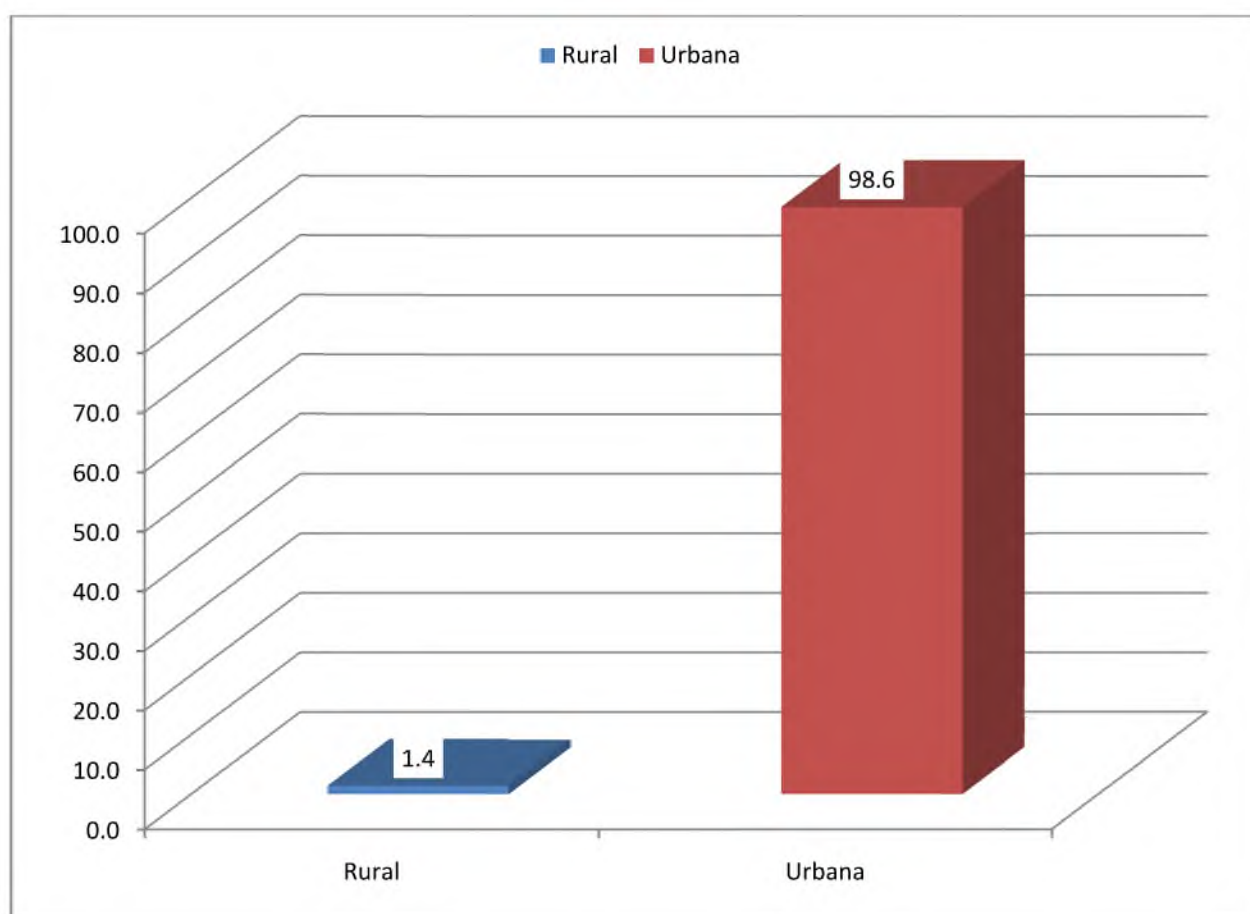
Fuente: Tabla 1.

Tabla 2.- Lugar de origen de las adolescentes asistidas en el Hospital Local El Almirante de Santo Domingo Este. Agosto – Septiembre, 2021.

Procedencia	Frecuencia	Porcentaje
Rural	1	1.4
Urbana	70	98.6
Total	71	100.0

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Gráfico 2.- Lugar de origen de las adolescentes asistidas en el Hospital Local El Almirante de Santo Domingo Este. Agosto – Septiembre, 2021.



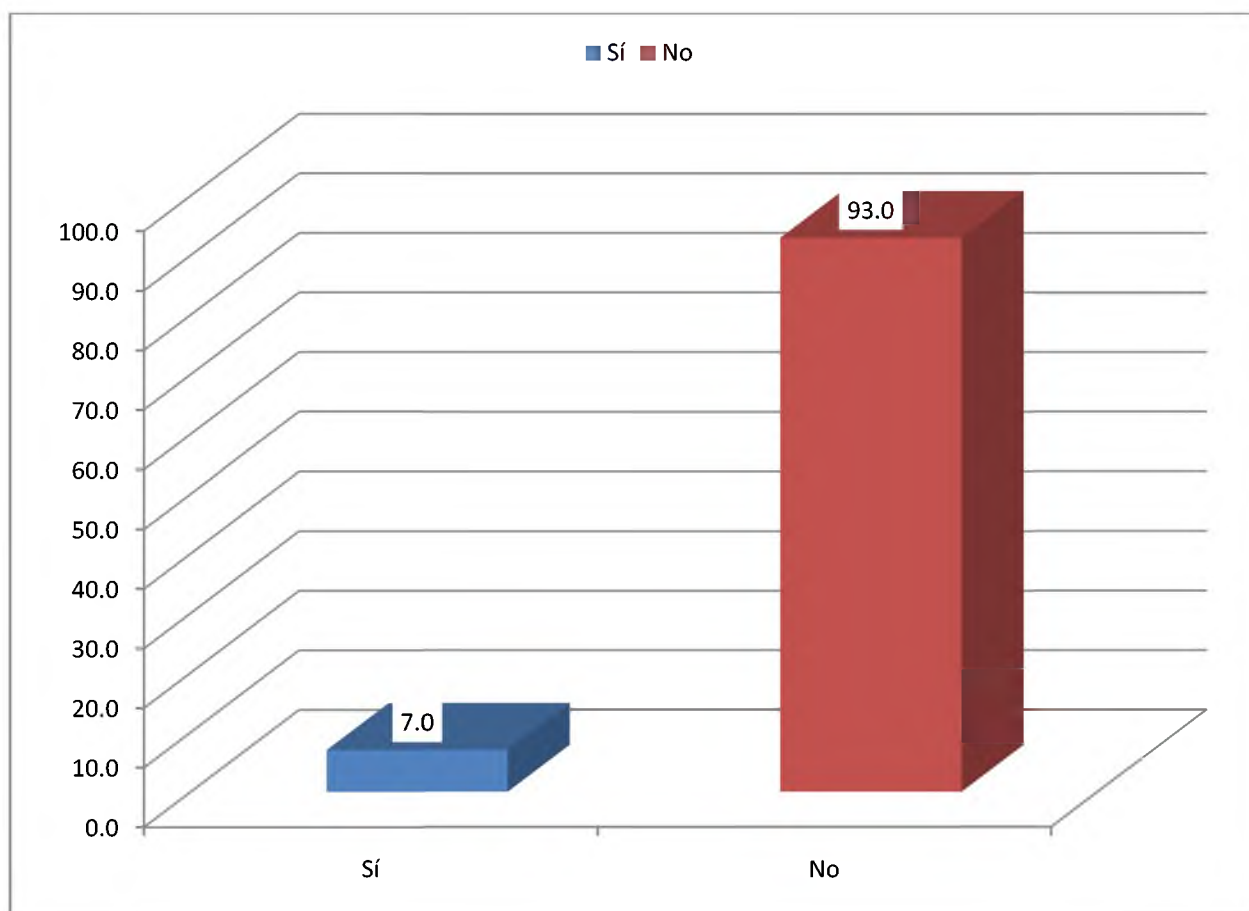
Fuente: Tabla 2.

Tabla 3.- Padecimiento de factores de riesgo de las adolescentes asistidas en el Hospital Local El Almirante de Santo Domingo Este. Agosto – Septiembre, 2021. Datos según enfermedades.

Enfermedades	Frecuencia	Porcentaje
Sí	5	7.0
No	66	93.0
Total	71	100.0

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Gráfico 3.- Padecimiento de factores de riesgo de las adolescentes asistidas en el Hospital Local El Almirante de Santo Domingo Este. Agosto – Septiembre, 2021. Datos según enfermedades.



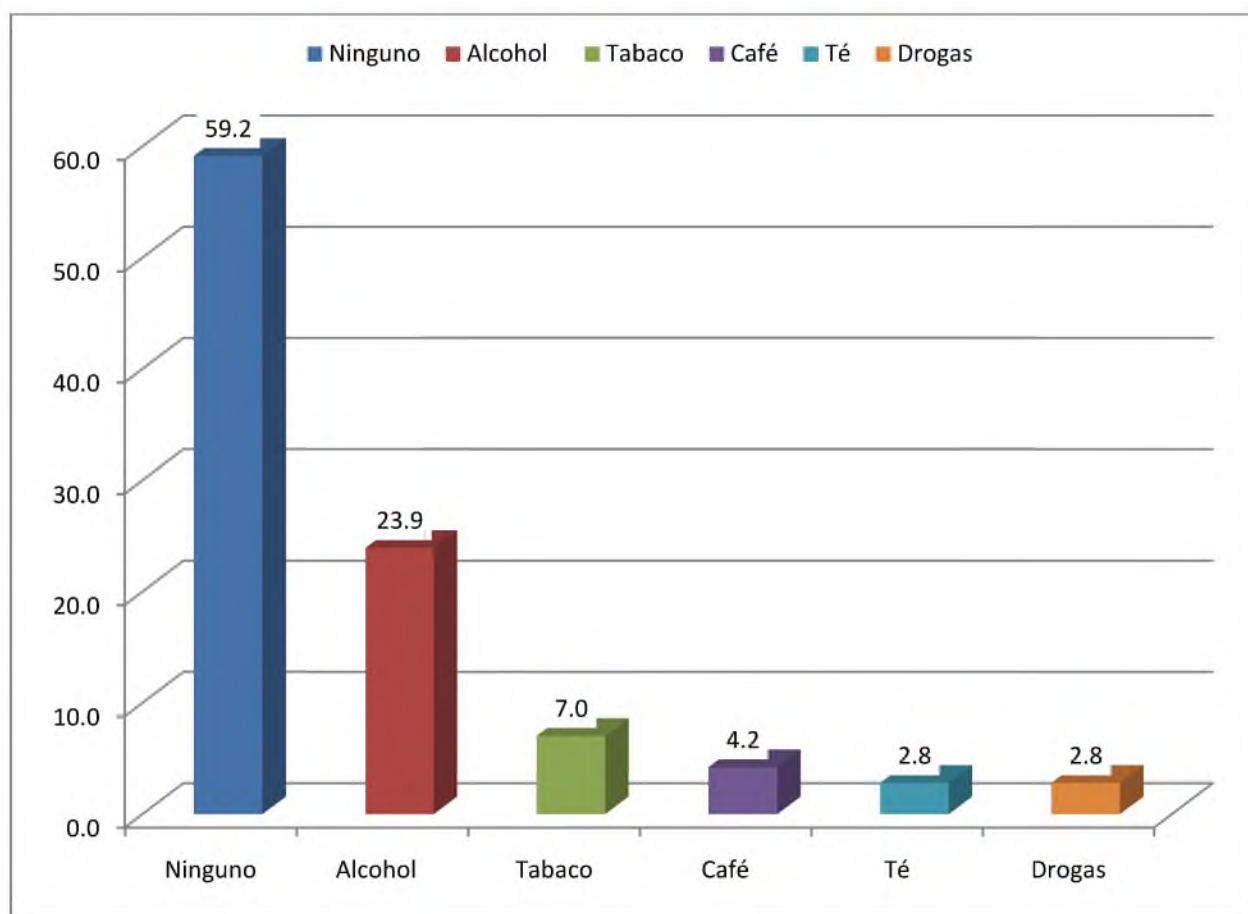
Fuente: Tabla 3.

Tabla 4.- Riesgo de hábitos tóxicos de las adolescentes asistidas en el Hospital Local El Almirante de Santo Domingo Este. Agosto – Septiembre, 2021.

Hábitos tóxicos	Frecuencia	Porcentaje
Ninguno	42	59.2
Alcohol	17	23.9
Tabaco	5	7.0
Café	3	4.2
Té	2	2.8
Drogas	2	2.8
Total	71	100.0

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Gráfico 4.- Riesgo de hábitos tóxicos de las adolescentes asistidas en el Hospital Local El Almirante de Santo Domingo Este. Agosto – Septiembre, 2021.



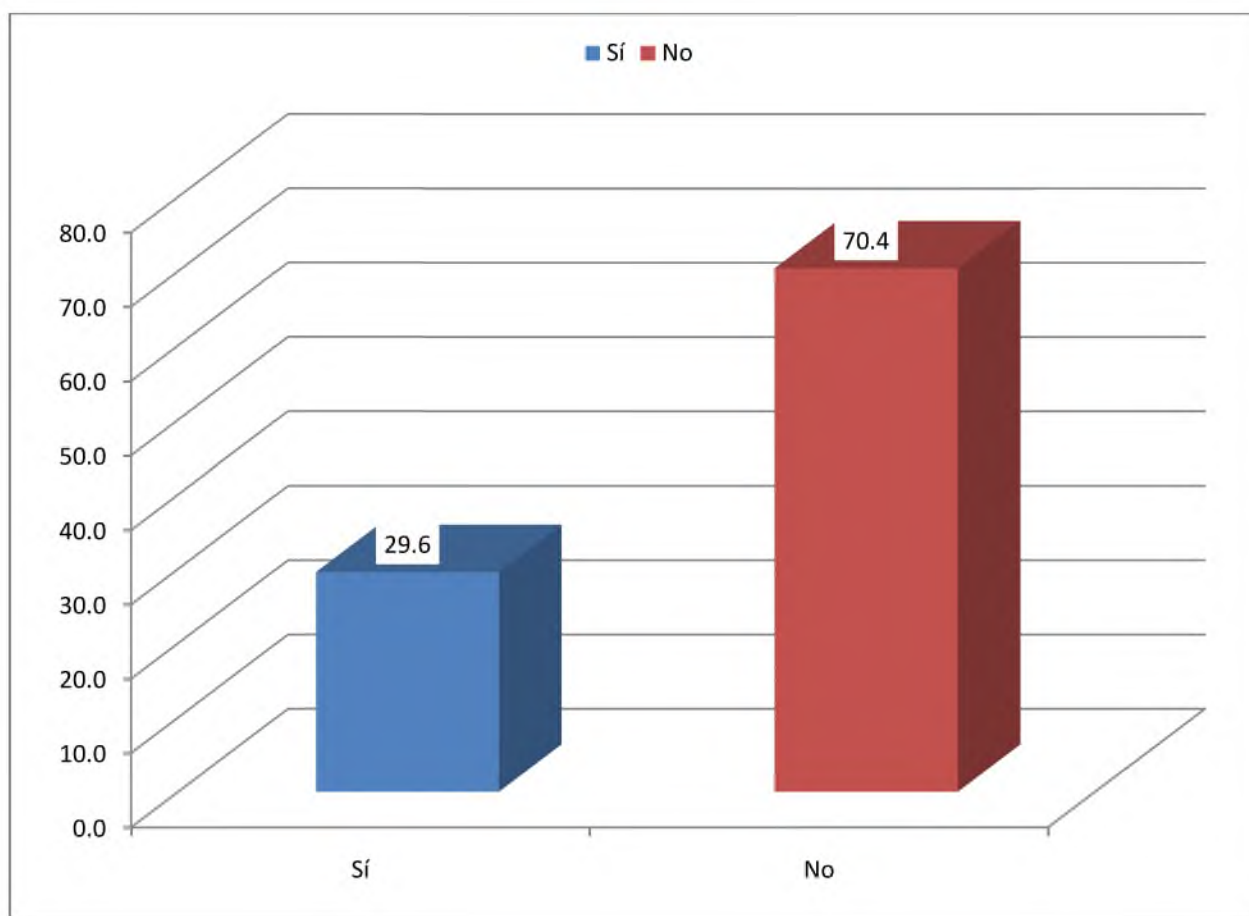
Fuente: Tabla 4.

Tabla 5.- Relación de antecedentes familiares de las adolescentes asistidas en el Hospital Local El Almirante de Santo Domingo Este. Agosto – Septiembre, 2021.

Exposición	Frecuencia	Porcentaje
Sí	21	29.6
No	50	70.4
Total	71	100.0

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Gráfico 5.- Relación de antecedentes familiares de las adolescentes asistidas en el Hospital Local El Almirante de Santo Domingo Este. Agosto – Septiembre, 2021.



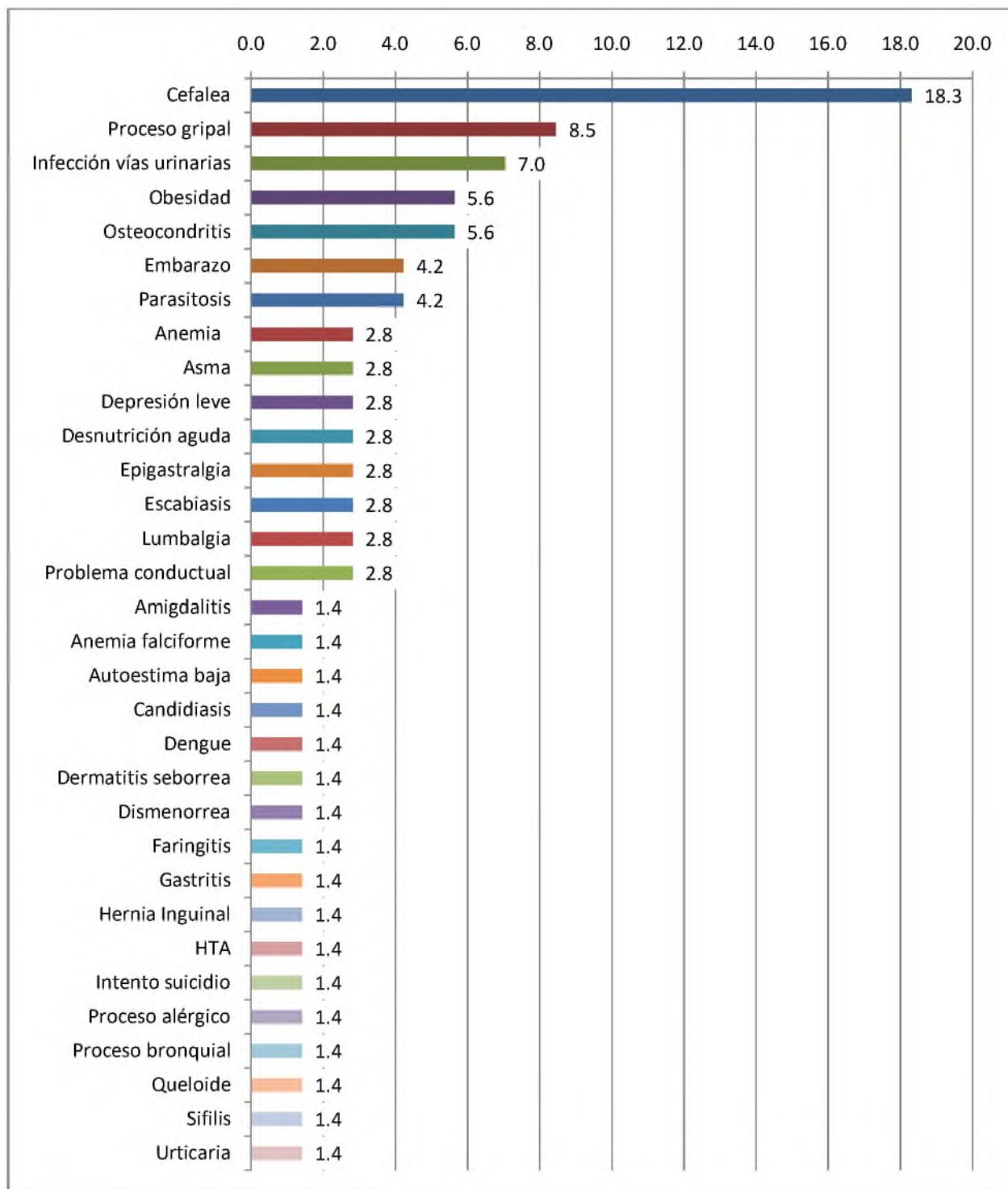
Fuente: Tabla 5.

Tabla 6.- Complicaciones más frecuentes en las adolescentes asistidas en el Hospital Local El Almirante de Santo Domingo Este. Agosto – Septiembre, 2021.

Comorbilidad	Frecuencia	Porcentaje
Cefalea	13	18.3
Proceso gripal	6	8.5
Infección vías urinarias	5	7.0
Obesidad	4	5.6
Osteocondritis	4	5.6
Embarazo	3	4.2
Parasitosis	3	4.2
Anemia	2	2.8
Asma	2	2.8
Depresión leve	2	2.8
Desnutrición aguda	2	2.8
Epigastralgia	2	2.8
Escabiasis	2	2.8
Lumbalgia	2	2.8
Problema conductual	2	2.8
Amigdalitis	1	1.4
Anemia falciforme	1	1.4
Autoestima baja	1	1.4
Candidiasis	1	1.4
Dengue	1	1.4
Dermatitis seborrea	1	1.4
Dismenorrea	1	1.4
Faringitis	1	1.4
Gastritis	1	1.4
Hernia Inguinal	1	1.4
HTA	1	1.4
Intento suicidio	1	1.4
Proceso alérgico	1	1.4
Proceso bronquial	1	1.4
Queloides	1	1.4
Sifilis	1	1.4
Urticaria	1	1.4
Total	71	100.0

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Gráfico 6.- Complicaciones más frecuentes en las adolescentes asistidas en el Hospital Local El Almirante de Santo Domingo Este. Agosto – Septiembre, 2021.



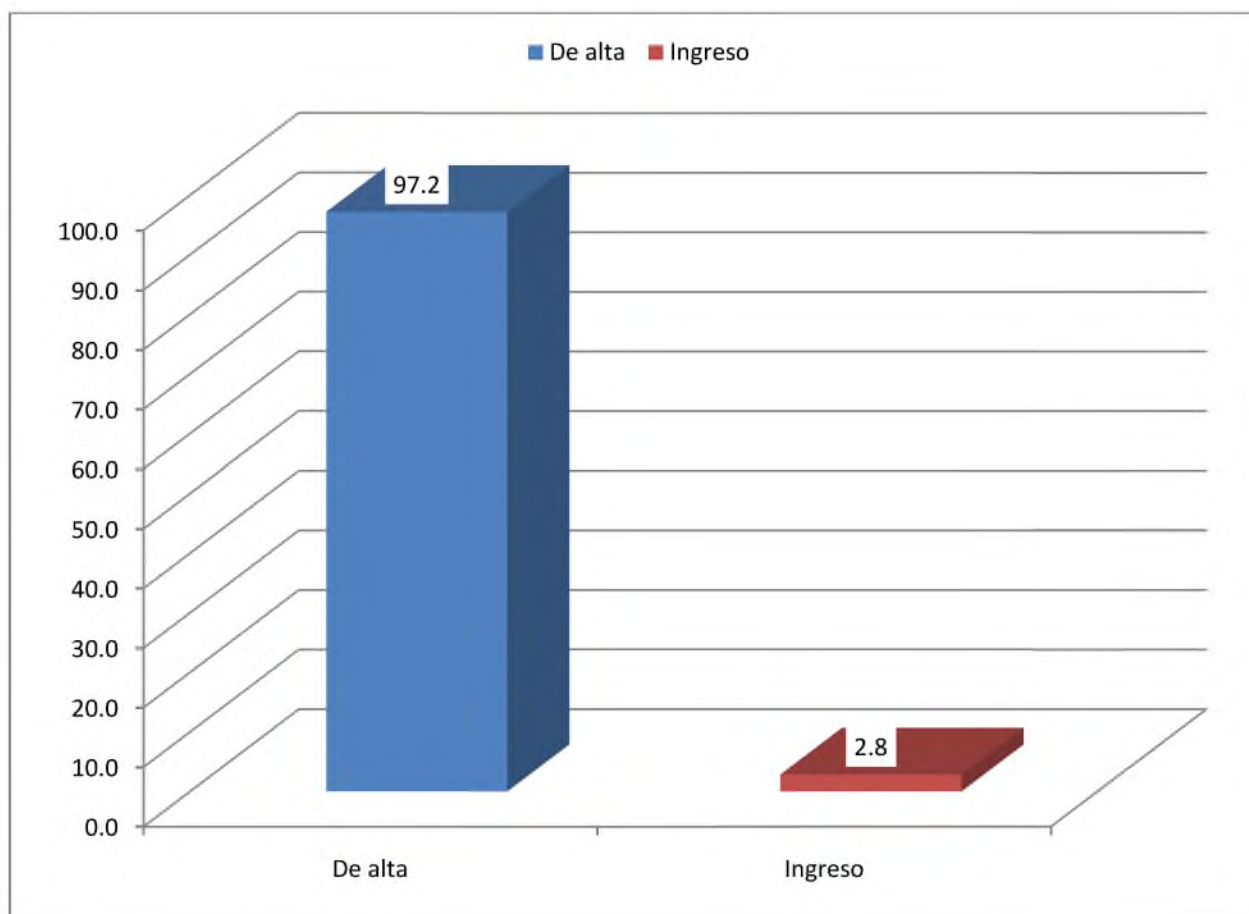
Fuente: Tabla 6.

Tabla 7.- Resultados de diagnóstico y morbilidad de adolescentes asistidas en el Hospital Local El Almirante de Santo Domingo Este. Agosto – Septiembre, 2021.

Egreso	Frecuencia	Porcentaje
De alta	69	97.2
Ingreso	2	2.8
Total	71	100.0

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Gráfico 7.- Resultados de diagnóstico y morbilidad de adolescentes asistidas en el Hospital Local El Almirante de Santo Domingo Este. Agosto – Septiembre, 2021.



Fuente: Tabla 7.

IV.2. DISCUSIÓN

En la presente investigación para determinar las complicaciones más frecuentes en adolescentes que asisten al hospital local El Almirante de Santo Domingo Este, se encontró lo siguiente:

El rango de edad más frecuente fue el de 18 a 19 años con el 43.7 por ciento, seguido del rango de edad de 15 a 17 años con el 35.2 por ciento y el rango de 12 a 14 años con el 21.1 por ciento. Estos datos coinciden con la investigación realizada por Romero, Imbert y De La Cruz, que se desarrolló en la provincia de Santo Domingo, Distrito Nacional, en donde la distribución de casos según los diferentes grupos etarios, encontramos que el rango 15-19 años representa un 89.3 por ciento.

La procedencia más frecuente fue urbana en el 98.6 por ciento, mientras que la rural fue de 1.4 por ciento. Estos datos guardan relación con la investigación llevada a cabo por Amorim, Silva, de Souza y Gomes, en 2018, en Brasil, con el objetivo de explicar cómo se construyen los vínculos entre la familia del niño / adolescente con enfermedad crónica y los diferentes servicios de la red asistencial, en donde los resultados mostraron que la gran mayoría de las adolescentes provenía de la zona metropolitana.

En relación a las enfermedades, el 93.0 por ciento afirmó no padecer de enfermedades. En cuanto a los factores de riesgo, el 59.2 por ciento indicó no tener factores de riesgo, el 23.9 por ciento alcohol, el 7.0 por ciento tabaco, 4.2 por ciento café y 2.8 por ciento drogas y té, respectivamente. En relación a la exposición el 70.4 por ciento indicó que ninguna frente a 29.6 por ciento que sí.

Cefalea	13	18.3
Proceso gripal	6	8.5
Infección vías urinarias	5	7.0

En cuanto a las complicaciones, la más frecuente fue cefalea con el 18.3 por ciento, seguido de proceso gripal con el 8.5 por ciento e infección de vías urinarias con

el 7.0 por ciento. Estos datos difieren con los encontrados por Ortiz, Otálora, Muriel, y Luna, en Chile, en 2018, con el objetivo de determinar si la adolescencia es un factor de riesgo para complicaciones maternas y neonatales, en donde se evidenció que la adolescencia es factor de riesgo para trastornos hipertensivos del embarazo; pre eclampsia con hallazgos de severidad; corioamnionitis; ingreso materno; prematurez. La adolescencia es un factor de riesgo para trastornos hipertensivos, corioamnionitis y prematurez.

El 97.2 por ciento fue dado de alta y solamente el 2.8 por ciento fue ingresado. El motivo de consulta más frecuente para las adolescentes de la presente investigación fue por afecciones respiratorias. Estos datos difieren del estudio realizado por Santamaría, Villar y Polanco, en el año 2012 realizaron una investigación para determinar conocimientos de las adolescentes acerca de los factores de riesgo que pueden alterar la salud donde los riesgos de contraer una infección de transmisión sexual mayormente identificadas por las adolescentes fueron: tener relaciones sexuales sin protección en un 84 por ciento.

IV.3. CONCLUSIONES

Con el presente trabajo de investigación se llegó a los siguientes hallazgos:

Los datos sobre los adolescentes del sector El Almirante se encontró que la mayoría están en el rango de edad de 18 a 19 años y son de origen urbano.

Respecto a las enfermedades la gran mayoría se mostró no padecer de enfermedad. En el mismo lugar a los factores de riesgo, la mayoría indicó no padecerlo, excepto el alcohol.

La mayoría de las complicaciones de las adolescentes fueron cefalea, proceso gripal e infección de vías urinarias.

La gran mayoría de las adolescentes fue dada de alta.

IV.4. RECOMENDACIONES

- Crear una consulta especializada para adolescentes donde el médico familiar y el pediatra o especialista que amerite por el motivo de consulta.

- Aplicar el test de Hamilton y de Beck sobre ansiedad y depresión a los adolescentes que se presenten a la consulta por problemas psicosociales relacionados con la pandemia por Covid-19.

BIBLIOGRAFÍA

1. Alvarez, R. (1991). Salud Pública. Medicina Preventiva. México. Editorial Manual Moderno
2. Ortiz Martínez Roberth Alirio, Otalora Perdomo Mayra Fernanda, Delgado Ana Bolena Muriel, Luna Solarte Diego Andres. Adolescencia como factor de riesgo para complicaciones maternas y neonatales. Rev. chil. obstet. ginecol. [Internet]. 2018 Nov [citado 2021 Jul 26]; 83(5): 478-486. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262018000500478&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/s0717-75262018000500478>.
3. Aleman, Alicia et al. Carga de enfermedad de los adolescentes en Uruguay y su comparación con la de América Latina y el Caribe. Ciência & Saúde Coletiva [online]. 2018, v. 23, n. 9 [Accedido 26 Julio 2021], pp. 2813-2820. Disponible en: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232018239.13702018>>. ISSN 1678-4561. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018239.13702018>.
4. Vásquez Giler, Yira Annabell et al. Determinantes de la salud en adolescentes de la comunidad Cerro Guayabal, Ecuador. Revista Cubana de Salud Pública. v. 45, n. 2, e1451. Disponible en: <>. ISSN 1561-3127.
5. Silva, Maria Elizabete de Amorim et al. DOENÇA CRÔNICA NA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA: VÍNCULOS DA FAMÍLIA NA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE1 1 Artigo extraído da dissertação - Doença crônica na infância e na adolescência: vínculos de cuidado constituídos na rede de atenção à saúde, apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba (UFPB), em 2016. Auxílio financeiro do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (Processo nº 474762/2013-0). . Texto & Contexto - Enfermagem [online]. 2018, v. 27, n. 2 [Acessado 26 Julho 2021], e4460016. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0104-070720180004460016>>. Epub 03 Maio 2018. ISSN 1980-265X. <https://doi.org/10.1590/0104-070720180004460016>.

6. Romero, Imbert y De La Cruz, Incidencia del Virus de Papiloma Humano en adolescentes embarazadas en el Instituto Dermatológico y Cirugía de Piel Doctor Huberto Bogaert Díaz en el periodo Abril 2011- Abril 2012. Tesis UASD 2012
7. Santamaría, Villar y Polanco, Conocimientos de las adolescentes acerca de los factores de riesgo que pueden alterar la salud reproductiva. Tesis UASD 2012
8. Stang J, Story M. Adolescent growth and development. Guidelines for adolescent nutrition services. Minneapolis, MN: Center for Leadership, Education and Training in Maternal and Child Nutrition, Division of Epidemiology and Community Health, School of Public Health, University of Minnesota; 2005:1e8.
9. World Health Organization (WHO). Global standards for quality healthcare services for adolescents: A guide to implement a standards-driven approach to improve the quality of health services for adolescents. Volume 1: Standards and Criteria. Geneva: WHO; 2015
10. Blum RW, Nelson-Mmari K. The health of young people in a global context. *J Adolesc Health*. 2014;35(5):402-418
11. Emans SJ, Laufer MR, Goldstein DP. *Pediatric and Adolescent Gynecology*. 5th ed. Philadelphia, Pa.: Lippincott Williams & Wilkins; 2015.
12. Neinstein, LS. *Adolescent Health Care: A Practical Guide*. 4th ed. Philadelphia, Pa.: Lippincott Williams & Wilkins; 2002
13. Checa Susana, *Género, Sexualidad y Derechos en la Adolescencia*, primera ed, Buenos Aires, 2003.
14. Botero-Uribe, J. y cols. *Obstetricia y Ginecología: Texto Integrado*. Universidad de Antioquia. 7ma Edición. 2004.
15. Schwarcz, R.; Fescina, R.; Duverges, C. *Obstetricia*. Editorial El Ateneo. 6ta. Edición 2005.
16. Pérez-S-Sánchez, *Obstetricia*. Editorial Mediterráneo. 4ta. Edición. 2010.
17. Cunningham, Leveno, Boolm. *Williams Obstetricia*. McGraw-Hill. 24va. Edición. 2015
18. Victoria C. Características sociofamiliares de adolescentes embarazadas atendidas en un módulo de alto riesgo. 267-271.

19. Gascón JA. Comportamiento sexual de los escolares adolescentes de Córdoba. 355-360. <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=738351>
20. Núñez RM. Embarazo no deseado en adolescentes y utilización de métodos anticonceptivos posparto. 592-602.
21. Borré Arrieta Orlando, Rodríguez Yances Benjamín, Angarita Peñaranda William, Chamat Barrios Antonio, Gómez Rhenals Édgar. Inducción electiva ambulatoria del trabajo de parto con misoprostol en pacientes de bajo riesgo: estudio clínico controlado. *RevColombObstetGinecol*
22. Sociedad Española de OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA (2007). *Fundamentos de Obstetricia*. Gráficas Marte, S.L. p. 737. ISBN 978-84-690-5397-3
23. González-Merlo, J.; González-Bosquet, E., González-Bosquet, J. *Obstetricia*, Editorial Elsevier. 9na. Edición. 2014.
24. Francois KE, Foley MR. Antepartum and postpartum hemorrhage. In: Gabbe SG, Niebyl JR, Simpson JL, eds. *Obstetrics - Normal and Problem Pregnancies*. 6th ed. Philadelphia, PA: Elsevier Saunders; 2007: chap 19.
25. Houry DE, Salhi BA. Acute complications of pregnancy. In: Marx J, Hockberger RS, Walls RM, et al, eds. *Rosen's Emergency Medicine: Concepts and Clinical Practice*. 7th ed. Philadelphia, PA: Elsevier Mosby; 2009: chap 176.

ANEXOS

Cronograma de Actividades

Actividades	May-2021				Jun-21				Jul-21				Ago-21				Sept-21				Oct-21				Nov-21			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Asesoría			■	■																								
Elección de Tema			■	■	■	■																						
Recolección de Datos anteproyecto									■	■																		
Elaboración de Anteproyecto									■	■	■																	
Aprobación del Tema													■															
Recolección de Información			■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■								
Redacción marco teórico			■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■														
Recolección datos tabulación													■	■	■	■	■	■	■	■								
Análisis de la información																					■	■	■					
Impresión reporte preliminar																									■			
Correcciones reporte																									■			
Evaluación																												■
Entrega de Informe Final																												■

Presupuesto

Descripción	Cantidad	Valor RD	Total RD
Inscripción de tesis.	1	RD\$10,000.00	10,000.00
Servicios de Internet.	20	RD\$30.00	600.00
Digitación, tabulación Impresión, empastado,	6	RD\$15,000.00	15,000.00
Fotocopias	10	RD\$60.00	600.00
Encuadernación	10	RD\$100.00	1,000.00
Memoria USB	1	RD\$600.00	450.00
CD	2	RD\$25.00	50.00
Tarjetas telefónicas	P.A.	RD\$3,000.00	3,000.00
Trasporte	10	RD\$300.00	3000.00
TOTAL			42,000.00

**COMPLICACIONES MÁS FRECUENTES EN LAS ADOLESCENTES.
HOSPITAL LOCAL EL ALMIRANTE DE SANTO DOMINGO ESTE.
AGOSTO – SEPTIEMBRE 2021.**

1.- Edad. _____

2.- Procedencia

Rural Urbana

2.- Enfermedades de Transmisión Sexual

() Sí, especifique _____

() No

4.- Factores de riesgo

Hábitos tóxicos : () Tabaco () Alcohol () Café () Té () Drogas

Exposición : () Sí () No

Otros _____

5.- Comorbilidad:

() HTA

() Diabetes

() Otros, especifique _____

6.- Situación de egreso

() De alta

() Ingreso

() Fallecida

XIII.4. Evaluación

Sustentante

Dra. Josefina Castillo

Asesores

Dra. Claridania Rodríguez
(Metodológico)

Dr. Indy Núñez
(Clínico)

Jurado:

Dr. Francisco Marte

Dr. Milton Alfonseca

Dra. Raysa Pichardo

Autoridades:

Dra. Gladis Soto
Coordinador de Residencias
de Medicina Familiar

Dra. Rosa Ma. Acosta
Jefe de Enseñanza
HLEA

Dr. William Duke

Decano de la Facultad de Ciencias de la Salud UNPHU

Fecha presentación _____

Calificación: _____