UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS
UNIVERSITAT DE BARCELONA

VICERECTORADO

CENTRO PSICOPEDAGÓGICO Y DE INVESTIGACIÓN EN EDUCACIÓN SUPERIOR

ESTUDIO DE CAUSAS DE MORBILIDAD EN EMBARAZADAS ADOLESCENTES COMPARADA CON NO ADOLESCENTES AGOSTO 2012 A JULIO 2013 HOSPITAL JUAN XXIII

Tesis presentada para obtener el Grado Académico de Magíster en Medicina Tropical y Salud Internacional.

Maestrante: Ana Lilian Patiño Sandoval.

AUSPICIO: AGENCIA DE COOPERACION ESPAÑOLA.

LA PAZ

2014

UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS
UNIVERSITAT DE BARCELONA

VICERECTORADO

CENTRO PSICOPEDAGÓGICO Y DE INVESTIGACIÓN EN EDUCACIÓN SUPERIOR

ESTUDIO DE CAUSAS DE MORBILIDAD EN EMBARAZADAS ADOLESCENTES COMPARADA CON NO ADOLESCENTES AGOSTO 2012 A JULIO 2013 HOSPITAL JUAN XXIII

Tesis presentada para obtener el Grado Académico de Magíster en Medicina Tropical y Salud Internacional.

Maestrante: Ana Lilian Patiño Sandoval.

AUSPICIO: AGENCIA DE COOPERACION ESPAÑOLA.

TUTOR: Profª Rosa Abellana.
Dr. José Negron Salazar

LA PAZ

2014

La Paz, 21 de noviembre de 2014.

Señores:
UNIVERSIDAD DE BARCELONA.
Presente.-

Distinguidos Señores:

Por la presente tengo a bien, ceder los derechos de publicación a la Universidad de Barcelona, del trabajo de investigación: "**ESTUDIO DE CAUSAS DE MORBILIDAD EN EMBARAZADAS ADOLESCENTES COMPARADA CON NO ADOLESCENTES AGOSTO 2012 A JULIO 2013 HOSPITAL JUAN XXIII";** al presentar esta tesis como uno de los requisitos previos para la obtención del Grado Académico de Magister en Medicina Tropical y Salud Internacional de la Universidad de Barcelona previo convenio con la Universidad Mayor de San Andrés, autorizo al Departamento de Salud Pública de la Universidad de Barcelona o a la Biblioteca de la Universidad, para que se haga de esta tesis un documento disponible para su lectura según las Normas de la Universidad.

Asimismo manifiesto mi acuerdo en que utilice como material productivo, dentro del Reglamento de Ciencia y Tecnología, (convenio interuniversitario) siempre y cuando esta utilización no suponga ganancia económica, ni potencial.

También cedo a la Universidad de Barcelona los derechos de publicación de esta Tesis; o de parte de ella, manteniendo mis derechos de autor, hasta un periodo de 30 meses después de su aprobación.

Atentamente:

Dra. Ana Lilian Patiño Sandoval

AGRADECIMIENTOS:

A la Cooperación Española por el esfuerzo de realizar la maestría en el Estado Plurinacional de Bolivia y que este sea accesible a todos los que tuvimos interés en este tema importante para nuestro país.

Al Ministerio de Salud y Deportes por facilitar este tipo de acuerdos entre países hermanos.

Al CEPIES por ofrecernos sus aulas y toda la colaboración para llevar a cabo esta maestría.

Al equipo de la U.B.: Dr. Carlos Ascaso Terren por haber puesto tolo el empeño para que se llevara a cabo la maestría, por habernos incentivado cuando claudicábamos y poder hacer posible el llegar hasta esta meta. A mi tutora Prof. Rosa Abellana por haber insistido en la elaboración de esta tesina y haberme guiado.

A la coordinación Dra. Judith Caballero por toda su colaboración, comprensión y por creer y hacernos creer en cosas que ni nosotros mismos creíamos.

A mi tutor Dr. José Negrón Salazar por todo su apoyo.

A Dios por haber guiado mis pasos, mis días y noches de estudio. Por haberme proporcionado la familia maravillosa que tengo y el apoyo incondicional que me proporcionan.

A mi hermana Dra. Zulema Patiño por apoyarme siempre, por creer en mi mucho más de lo que las fuerzas le permiten, por estar con migo en cada paso, en cada decisión.

Al Dr. Yamil Nogales por todo su apoyo en tiempos difíciles.

DEDICATORIA:

Este trabajo está dedicado a mi hermana Dra. Zulema Patiño Sandoval, a mi mami Sra. América Sandoval Jaquet, a mi padre Sr. Luis Patiño Huallpa y a toda mi familia, quienes siempre estuvieron conmigo en cada paso de mi vida.

RESUMEN:

OBJETIVO GENERAL: Conocer las causas de morbilidad en gestantes adolescentes comparadas a las no adolescentes, atendida en el servicio de gineco-obstetricia del Hospital Juan XXIII de la ciudad de La Paz. En un periodo comprendido entre agosto 2012 a julio de 2013.

MATERIALES Y METODOS: Es un estudio observacional, retrospectivo, transversal, analítico, con una muestra aleatoria simple de 886 gestantes adolescentes y no adolescentes**.**

RESULTADOS: Se tomó una muestra de 886 gestantes de las cuales, el 78% no son adolescentes y el 22% son adolescentes. Las cuatro primeras causas de morbilidad son semejantes: Hipertensión inducida por el embarazo, infección del tracto urinario, flujo vaginal, amenaza de parto prematuro, existe una diferencia en relación a las adolescentes embarazadas y pelvis estrecha (7,6%) como noveno lugar, y diabetes gestacional (7,1%) en el décimo lugar. En comparación se encuentra en las embarazadas no adolescentes (10,7%) abortos en el sexto lugar y hemorragia obstétrica (9,7%) en el octavo lugar.

CONCLUSIONES: La incidencia de embarazadas adolescentes es de 198. Los factores de morbilidad en gestantes adolescentes son similares, existiendo pequeñas diferencias como las mencionadas. Los datos de morbilidad encontrados son pequeños Sin embargo esto es muy importante porque la población que es atendida por el Hospital Juan XXIII no presenta los factores de morbilidad señalados ampliamente en la bibliografía nacional e internacional. Por lo tanto se recomienda realizar un estudio similar en una región tropical de Bolivia, para tener una referencia más acertada en relación a morbilidad en el Estado Plurinacional de Bolivia.

Palabras Clave: Morbilidad, gestante, adolescente comparada con no adolescente.

RESUMO:

OBJETIVO GERAL: Para determinar a epidemiologia da doença em adolescentes grávidas e não-adolescentes atendidos no serviço de Obstetricia e Ginecologia no Hospital João XXIII, na cidade de La Paz. No período de agosto de 2012 a julho de 2013.

MATERIAIS E MÉTODOS: É um estudo transversal, retrospectivo, analítico, com uma mostra aleatória simples de 886 adolescentes grávidas e não adolescentes.

RESULTADOS: A amostra de 886 mulheres grávidas foram anotados das quais, 78% não são adolescentes e 22% são adolescentes. As quatro principais causas de morbidade são semelhantes: hipertensão induzida pela gravidez, infecção urinária, corrimento vaginal, trabalho de parto prematuro, há uma diferença em relação a adolescentes grávidas e pelve estreita (7,6%) e nono lugar e diabetes gestacional (7,1%), em décimo lugar. Em contraste, é em aborto adolescente não-grávidas (10,7%), no sexto e obstétrica hemorragia (9,7%) no oitavo posto.

CONCLUSÕES: A incidência de gravidez na adolescência é de 198. Fatores de morbidade em adolescentes grávidas são semelhantes, com pequenas diferenças como as mencionadas. Os dados de morbidade encontrados são pequenas, no entanto, isso é muito importante, porque a população que tem atendimento no Hospital Juan XXIII não tem fatores de morbidade mencionados amplamente na literatura nacional e internacional. Por isso recomenda-se que um estudo semelhante numa região tropical da Bolívia, para ter uma referência mais precisa em relação à morbidade no Estado Plurinacional da Bolívia.

Palavras-chave: Morbidade, grávida, adolescente e adolescente.

JUCH'UCHINA.

OBJETIVO GENERAL NISQAQA: riqsiy unquymanta tukuy imakunata epidemiologiamanta unqusqa sipasitakunapi, waq unqusqa warmikunapi servicio gineco-obstetra nisqapi qhawasqanku, Juan XXIII jampina wasipi La Paz llaqtapi. Pachapi agosto 2012 nisqamanta julio 2013 nisqakama.

IMAKUNATA METODOSWAN: Transversal yachaqanaqa, retrospective nisqaqa, qhawanman, muestra aleatoria nisqawan 886 unqusqa warmikunamanta 13 watamanta 29 watakama. Kay willasqa warmikunamanta gineco obstetricia servicio nisqamanta urqukusqa.

RESULTADOS NISQAQA: 886 unqusqa warmi muestra nisqamanta, 78% warmikuna kanku, 22% sipasitakuna kanku, waq warmikunapi hipertensión unqusqarayku 7.6%, uri wachay manchachi 7,1 % ispay unquy 10,7%.

TUKUSQA: Morbilidad nisqaqa sipaskunapi inqusqa warmikunapi kikillan kanku, sapa pisi uj niraq ichaqa kayqa sumaq importante nisqaqa imaraykuchus runaqunapa, bibliografía nacional internacional nisqapi.

QHAPAQ RIMAYKUNA : morbilidad, unqusqa, sipasita, warmikuna.

CH'UMSTA.

TAQPACHI AMTA: Usur q'axull tawaqunakak usu warminakas gineco-obstetricia uka Qullañ uta Juan XXIII Chuqui yapu markana Kawkhir usunakampis jiwapxi ukanak yatxatañani. Lumpaqa phaxsita 2012 marata willka kuti 2013 marakama.

YANAKA UKHAMARAKI THAKHINAKA: taqi tuqir wat'antat nayrapachata, uñakipasa, niya 886 usur warminakata tunka kimasni maranita pá tunka llantunkani marankamat yatxatatawa. Gineo-obstetricia ukan qullat warminakan qillqantatanakat aka yatxatawinakax apsutawa.

QHANSTAYA YATANAKA: 886 usur warminakatxa, niya 78% ukkhax usur warminakawa ukxarusti niya 22% usur q'axull tawaqunakarakiwa. Q'allux tawaqunakat sipans warminakat sipansa niya ukkha ukkhaw ususiñanx usuntapxi kawkir q+axull tawaqunakatix ukhamarak warminakas kharjayasisa ususipxi ukanakatx maynikiw usunti, wila ch'ariuka usumpi usuri jikxataskasina 7,6% sullujamapxarakiwa 7,1% llaq'allachitsa 10,7%.

TUKUYA: Q'axull tawaqunakats ukhamarak warminakar niya ukkha jiwapxaraki aka tuqinakanx mä juk'akiw majy'awinakax utji. Ukampirus amuytáñax wali wakiskiriwa Qallañ uta Juan XXIII janik acha jiwirinakax utjapkiti ullarat markasa pankanakapansa ukhamarak anqax pankanakarjamasa.

QUANA ARUNAKA: Usutanaka, usuri, q'axull tawaqu ukhmarak warminaca.

LISTA DE FIGURAS:

FIGURA 1. ÁREA GEOGRÁFICA DEL HOSPITAL JUAN XXIII.

FIGURA 2. FOTOGRAFÍA HOSPITAL JUAN XXIII.

FIGURA 3. CENTROS DE SALUD Y HOSPITALES QUE SE ENCUENTRAN DENTRO DEL ÁREA DE INFLUENCIA DEL HOSPITAL JUAN XXIII.

FIGURA 4 ANALISIS DEL ESTADO CIVIL DE GESTANTES ADOLESCENTES Y NO ADOLESCENTES.

FIGURA 5. ANALISIS DE LA PROCEDENCIA DE GESTANTES ADOLESCENTES Y NO ADOLESCENTES.

FIGURA 6. ANTECEDENTES SEGUN CONSUMO DE CIGARRILLO

FIGURA 7. ANTECEDENTES SEGUN CONSUMO DE BEBIDAS ALCOHOLICAS

FIGURA 8. ANTECEDENTES OBSTETRICOS EN GESTANTES ADOLESCENTES Y NO ADOLESCENTES

FIGURA 9. VACUNA ANTITETANICA EN GESTANTES ADOLESCENTES Y NO ADOLESCENTES

FIGURA 10. PRUEBA DE PAPANICOLAOU EN GESTANTES ADOLESCENTES Y NO ADOLESCENTES

FIGURA 11. PRUEBA DE VIH SOLICITADO EN GESTANTES ADOLESCENTES Y NO ADOLESCENTES.

FIGURA 12. TASA DE EMBARAZOS EN ADOLESCENTES POR MUNICIPIOS.

FIGURA 13. ESTIMACIÓN DE LA EVOLUCIÓN DE LA RAZÓN DE MORTALIDAD MATERNA EN BOLIVIA, SEGÚN DIFERENTES FUENTES, 1990 – 2008 (POR 100.000 N.V.)

FIGURA 14. DISTRIBUCION DE LAS CAUSAS DE MORTALIDAD MATERNA EN BOLIVIA, ENCUESTA POST CENSAL, 2003.

FIGURA 15 EDAD PROMEDIO DE LA PRIMERA RELACION SEXUAL.

LISTA DE TABLAS.

TABLA 1. DETERMINANTES Y FACTORES DE RIESGO DE MORBILIDAD EN EL ESTADO PLURINACIONAL DE BOLIVIA.

TABLA 2. CALCULO DE MUESTRA.

TABLA 3. TABLA DE VARIABLES.

TABLA 4. CRONOGRAMA DE TRABAJO

TABLA 5. PLAN PARA DISMINUIR LA MORBI MORTALIDAD EN BOLIVIA

TABLA 6. POBLACION ADOLESCENTE Y JOVEN SEGÚN CAUSA DE EDUCACION SEXUAL RECIBIDA.

TABLA 7. POBLACION ADOLESCENTE Y JOVEN SEGÚN METODOS DE ANTICONCEPCION QUE CONOCE.

LISTA DE CUADROS.

CUADRO 1. ANTECEDENTES OBSTETRICOS EN GESTANTES ADOLESCENTES Y NO ADOLESCENTES

CUADRO 2. VACUNA ANTITETANICA EN GESTANTES ADOLESCENTES Y NO ADOLESCENTES

CUADRO 3. PRUEBA DE PAPANICOLAOU EN GESTANTES ADOLESCENTES Y NO ADOLESCENTES.

CUADRO 4. PRUEBA DE VIH SOLICITADO EN GESTANTES ADOLESCENTES Y NO ADOLESCENTES.

CUADRO 5. ANALISIS DE COMPARACION DE LA CULMINACION DEL EMBARAZO ACTUAL.

CUADRO 6. ANALISIS DE CORRELACION PARA DETERMINAR LAS DIEZ PRIMERAS CAUSAS DE MORBILIDAD EN EMBARAZADAS ADOLESCENTES Y NO ADOLESCENTES EN LAS QUE EL EMBARAZO ACTUAL CONCLUYE EN PARTOS.

CUADRO 7. ANALISIS DE CORRELACION PARA DETERMINAR LAS CAUSAS DE MORBILIDAD EN EMBARAZADAS ADOLESCENTES Y NO ADOLESCENTES EN LAS QUE LA GESTACION ACTUAL CULMINA EN CESAREA.

CUADRO 8. ANALISIS DE CORRELACION PARA DETERMINAR LAS DIEZ PRIMERAS CAUSAS DE MORBILIDAD GENERAL EN EMBARAZADAS ADOLESCENTES.

LISTA DE ABREVIACIONES:

GESTAS	**Gestaciones previas al embarazo actual.**
PARA	**Partos previos al embarazo actual.**
AB	**Abortos previos al embarazo actual.**
PAP	**Prueba de Papanicolaou en el embarazo actual.**
VIH	**Prueba de VIH solicitada en el embarazo actual.**
ITU	**Infección del tracto urinario**
HMR	**Huevo muerto retenido**
RPM	**Ruptura prematura de membranas**
HIE	**Hipertensión inducida por el embarazo**
DCP	**Desproporción cefalopelvica**
PP	**Parto prematura**
SFA	**Sufrimiento fetal agudo, actualmente denominado pérdida de bienestar fetal.**
RCIU	**Retardo del crecimiento intra uterino**

INDICE

Caratula.
Carta de compromiso de cesión de derechos para la publicación Universidad de Barcelona …… iv
Agradecimientos. …… v
Dedicatoria. …….. vi
Resumen. ……. Vii
Resumo. ……... viii
Resumen aymara. …….. ix
Resumen quechua. …… x
Lista de figuras. …….. xi
Lista de tablas. …… xii
Lista de cuadros. …… xiii
Lista de abreviaciones. ……. xiv
Índice. …….. xv
1. INTRODUCCION. ……. 1
1.1 Como se define adolescencia. …… 1
1.2 Como de define no adolescencia. …….. 1
1.3 Morbilidad. …… 1
1.4 Embarazo en adolescencia. …… 2
1.5 Situación del embarazo en la adolescencia en el Estado Plurinacional de Bolivia. …… 2
1.6 Avances más importantes en el Estado Plurinacional de Bolivia.. 2
1.7 Situación del embarazo en la adolescencia en América. …… 3
1.8 Causas de morbilidad en la gestante adolescente. …… 4
1.9 Determinantes de la salud. …… 6
1.10 Importancia del continuo de la atención. …….. 8
2. ANTECEDENTES. ……. 8
3. JUSTIFICACION……. 9
4. OBJETIVOS. …….. 13
5. MATERIALES Y METODOS. …….. 13
5.1 Descripción del Área de investigación. …… 13
5.2 Según la intención del investigador. ……. 15

5.3 Según el alcance. …….. 15
5,4 Según la orientación en el tiempo. ……. 15
5,5 Área de investigación. …….. 15
5,6 Unidad de análisis. …… 15
5.7 Tamaño de muestra. ……. 15
5.8 Criterios de exclusión. …… 16
5.9 Procedimientos para la recolección de datos. …….. 16
5.10 Clasificación de variables. …….. 16
5.11 Plan de análisis estadístico. ……... 22
5.12 Aspectos éticos de la investigación. …… 22
6. RESULTADOS. …… 23
7. DISCUSIONES. …… 38
8. CONCLUSIONES. …… 43
9. RECOMENDACIONES ..……. 44
10. BIBLIOGRAFIA …….. 45
Anexos…..... 48

Cronograma…… 1

1. INTRODUCCION:

Bolivia es uno de los países en vías de desarrollo, condición que afecta a la calidad de vida de una alta proporción de sus habitantes, en la ciudad de La Paz que cuenta con una población de 2.741.554 habitantes, según el reporte del censo 2013 “La Razón”.

Esta se considera una población vulnerable justamente por las debilidades por el cambio biopsicosocial por el que atraviesa.

1.1 COMO SE DEFINE ADOLESCENCIA.

La adolescencia de acuerdo a los conceptos convencionalmente aceptados por la Organización Mundial de la Salud, es la etapa que transcurre entre los 10 y 19 años, considerándose dos fases: la adolescencia temprana (10 a 14 años) y la adolescencia tardía (15 a 19 años).

1.2 COMO SE DEFINE NO ADOLESCENCIA.

Para el presente estudio las no adolescentes se encuentran comprendidas entre los 20 a 29 años de edad. Porque esta se considera una edad apropiada para poder concebir considerando que la cúspide de la fertilidad se encuentra en los 24 años de edad. Por consiguiente esta es la edad en la que no debiera encontrarse factores de riesgo de embarazo ni morbilidad elevada.

1.3 MORBILIDAD:

La morbilidad es un dato estadístico de importancia para poder comprender la evolución y avance de alguna enfermedad, así también como las razones de su surgimiento y las posibles soluciones. (1). La morbilidad en mujeres embarazadas está dada por las complicaciones o enfermedades que se producen durante la gestación, y el parto, afectando la salud de las mujeres muchas veces de forma permanente.

1.4 EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA:

Se la define como: "el embarazo que ocurre dentro de los dos primeros años ginecológicos de la mujer (edad ginecológica cero = edad de la menarquia) y/o cuando la adolescente mantiene la total dependencia social y económica de la familia parental."(2)

1.5 SITUACION DEL EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA EN EL ESTADO PLURINACIONAL DE BOLIVIA.

En Bolivia la población adolescente de 10 a 19 años representa alrededor del 23% de la población total del país, de la cual un 49% corresponde a adolescentes de sexo femenino. Según datos de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDSA 2008) cerca del 18% de las adolescentes de 15 a 19 años ya son madres o están embarazadas; este porcentaje resulta idéntico al de la subregión andina. De estos embarazos al menos el 70% no fueron planificados. En el área rural se observa un incremento del 22% en 2003 en adolescentes madres o embarazadas a un 25% en 2008. La tasa especifica de fecundidad en mujeres entre 15 a 19 años es de 88 nacimientos por mil mujeres de este grupo de edad; registrándose 67 nacimientos por mil en área urbana y 132 en el área rural. El último informe de Estado de Población Mundial 2011 del UNFPA, reporta que Latinoamérica se constituye en una de las dos regiones del mundo con tasas más elevadas de fecundidad en adolescentes junto con el África sub-sahariana. Sudamérica registra de 50 a 100 nacimientos por cada 1.000 mujeres entre 15 y 19 años de edad (a excepción de Ecuador y Venezuela). (2)

1.6 AVANCES MÁS IMPORTANTES EN EL ESTADO PLURINACIONAL DE BOLIVIA.

El Programa de Adolescentes del Ministerio de Salud y Deportes ha desarrollado el Plan Nacional para la Salud Integral de las y los Adolescentes (2009-2013), con intervenciones concretas para prevenir el embarazo adolescente y acciones de promoción de cuidado de la salud

sexual y reproductiva. El mismo fue elaborado en seguimiento al acuerdo de Ministros/as del área Andina (REMSAA XXVIII J Plan Andino de Prevención del Embarazo en Adolescentes). (2)

En el modelo de Salud Familiar Comunitaria intercultural -SAFCI, se ha iniciado el proceso de implementación de la atención diferenciada para adolescentes, mediante el desarrollo de competencias de los y las prestadores de servicios de salud pública; el abordaje de las redes de salud para que se complementen con las redes sociales favoreciendo así al balance entre oferta y demanda. (2)

Existe una Resolución Ministerial declarando la última semana de septiembre corno la "Semana de Prevención del embarazo en adolescente", con el objetivo de ratificar y reflexionar sobre la importancia de la prevención del embrazo en adolescentes en el marco del respeto a sus derechos. (2)

El reconocimiento al acceso a servicios de salud con atención diferenciada, educación sexual y reproductiva y a los derechos sexuales y reproductivos de adolescentes y jóvenes en el marco de la Ley de la Juventud (Art. 11, 37, 38, 39, 40 de la Ley 342 - Ley de la Juventud). (2)

Desde 2007 a la fecha y en el marco del Plan Andino para la Prevención del Embarazo en Adolescentes – PLANEA, más de 10.000 jóvenes han participado activamente en jornadas por la prevención del embarazo en adolescentes a nivel nacional y miles más han impulsado los derechos de la juventud en los estatutos autonómicos, cartas orgánicas, y planes estratégicos a nivel departamental y municipal. (2)

1.7 SITUACION DEL EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA EN AMERICA.

Se estima que 16 millones de adolescentes en el mundo, de entre 15 a 19 años, dan a luz cada año. (2)

Las complicaciones del embarazo y el parto siguen siendo la principal causa de muerte de las adolescentes de 15 a 19 años de edad en los países de ingreso bajo y mediano. (2)

En todas las regiones en desarrollo, entre 1990 y 2000 disminuyó la tasa específica de fecundidad entre los 15 a 19 años. En América Latina y el Caribe, la tasa de natalidad en la adolescencia sigue siendo alta y recién hace poco que comenzó a disminuir (Informe sobre los ODM 2012, Naciones Unidas). (2)

En los países en desarrollo, considerados en su conjunto, un 22% de las adolescentes de 15 a 19 años -que están casadas o en unión- utilizan anticonceptivos , en comparación con un 61% del conjunto de mujeres casadas de 15 a 49 años de edad (Informe del Secretario General sobre los adolescentes y los jóvenes - E/CN.9/2012/4). En Bolivia, la tasa de prevalencia de anticonceptivos modernos de mujeres en edad fértiles de 34,6%, mientras que solo el 12,5 % de adolescentes y jóvenes usa algún método anticonceptivo (ENDSA 2008) (2)

1.8 CAUSAS DE MORBILIDAD EN LA GESTANTE ADOLESCENTE.

Aunque la mayoría de las complicaciones obstétricas no se pueden predecir ni prevenir en algunos casos, pueden ser tratadas una vez detectadas, por lo tanto todas las mujeres deben tener acceso a los cuidados obstétricos de emergencia, tal como los define la OMS. Pero pueden no ser suficientes ya que las mujeres con complicaciones pueden enfrentar diversas barreras para utilizar los cuidados obstétricos de emergencia: económicas (falta de dinero para el transporte o para pagar los servicios), estructurales (falta de servicios de transporte o carreteras) o culturales (condicionadas por los roles tradicionales de género o por la desvalorización del equipo de salud de las creencias de determinado grupo cultural). Cualquier demora en recibir el tratamiento apropiado puede costarle la salud. (3).

Las pacientes embarazadas críticamente enfermas representan un reto para cualquier equipo de salud debido a diferentes cambios fisiológicos propios de

este estado, ya que se trata de dos pacientes (madre y feto) con fisiologías distintas, a los cambios anatómicos en la madre, y por último, a la presencia de enfermedades exclusivas del embarazo. (4)

Con la finalidad de analizar el comportamiento de la morbilidad en la paciente obstétrica crítica se concluyó que las enfermedades principales por las que son internadas las pacientes son por procesos hipertensivos gestacionales, como la hipertensión inducida por el embarazo grave, la eclampsia y el síndrome de Hellp. Shock hipovolémico, atonía uterina, infección puerperal. También, obtiene que con el ingreso de las pacientes obstétricas graves en la UCI se ha minimizado un tanto la mortalidad y las complicaciones de las cuales puede ser blanco este tipo de pacientes; pero se debe plantear que existen factores capaces de producir procesos morbosos graves en la gestante y de la puérpera, entre los que se encuentran: la edad materna avanzada, la multi gestación, el asma bronquial, la hipertensión arterial crónica y las cardiopatías como entidades asociadas a la gestación; y los procesos hipertensivos durante el embarazo.(5)

Rodríguez A. plantean una relación significativa entre la gestante adolescente y la no adolescente con las enfermedades graves que necesitan de ingreso en la UCI. (6)

Pizarro A. M. refiere una estrecha relación entre la gestante con partos y la morbilidad grave durante esta etapa. (7)

En el Estado Plurinacional de Bolivia entre el periodo 1994 – 2005, la cobertura de partos institucionales se incrementó en 37 puntos porcentuales de 25% a 62% gracias al surgimiento de seguros públicos de salud. (UDAPE – CIMDM. Cuarto informe de progreso de los objetivos del milenio. 2006) (8). Entre 1999 y 2000, la cobertura de la atención al parto en establecimientos no aumentó entre las embarazadas del quintil de población originaria más pobre del área rural (35%) según datos del Programa de mejoramiento de las Encuestas de Condiciones de Vida –Mecovi (OPS. Salud de las Américas, 2007)(8). También según estos datos una de cada tres mujeres en edad fértil presentó algún grado

de anemia, por otro lado preocupa que a pesar del sub registro, el cáncer de cuello uterino sea el más notificado (21%), seguido de los tumores del aparato digestivo (14%) y otros tumores malignos de genitales femeninos (11%).

1.9 DETERMINANTES DE LA SALUD.

El Ministerio de salud del Estado Plurinacional de Bolivia considera determinantes y factores de riesgo:

Tabla 1.

DETERMINANTES Y FACTORES DE RIESGO DE MORBILIDAD EN EL ESTADO PLURINACIONAL DE BOLIVIA.

Nivel individual, familiar y comunitario	Políticas del Ministerio de Salud y Deportes	Políticas Gubernamentales	Otros sectores con impacto en la salud
• Dificultades para realizar el control prenatal, garantizado por el Seguro Universal Materno Infantil, debido a la poca solidaridad de la población para asumir el cuidado de los hijos. • A pesar del SUMI, muchas mujeres no pueden acceder a los servicios maternos por los costos de traslado, caminos intransitables o sobrecarga de trabajo e incluso por depender de un permiso del esposo, que no siempre está de acuerdo. • Se confía más en la experiencia de las madres o abuelas que en el sistema de salud. • No se incluye a los hombres (esposos) en la responsabilidad del cuidado al embarazo, al parto y al puerperio. • El embarazo de las adolescentes no está protegido y más bien es punible en los colegios, y por la sociedad.	• En el Plan de desarrollo sectorial 2006-2010 existe una Política Estatal que reconoce la morbimortalidad materna como un problema de salud pública que se hace invisible en las estrategias, programas y proyectos. • Los Seguros de Salud Públicos tienen un alto costo administrativo y un complejo proceso que sobrecargan de trabajo administrativo al personal de salud en desmedro de su actividad profesional de salud.	• Políticas internacionales: Bolivia es signatario de CEDAW (convención de derechos de las mujeres), Iniciativa por una maternidad segura, Plataforma de Acción de El Cairo 1995, Programa de Acción de Beijing 1996, Objetivos del milenio, entre otros. Sin embargo, se hace poco evidente en una política nacional propia. • Política Nacional: Existe la propuesta de la Mesa Nacional Por una Maternidad y Nacimiento Seguros y derechos sexuales y reproductivos que se presentó como propuesta de asamblea constituyente • El Estado Boliviano NO se ha manifestado en pro de la fecundidad, por ello y a pesar del SUMI, la política estatal que reconoce la mortalidad materna como un problema de salud pública se invisibiliza en las estrategias, programas y proyectos. No existe gestión de calidad y de respeto al acceso universal a servicios de salud. • Leyes laborales no contemplan la participación de los compañeros en el cuidado de los hijos ni en la salud de las madres.	• No hay datos entre estratos socio-económico y niveles de pobreza con morbimortalidad materna. • Educación: La relación entre los niveles educativos de la mujer y la mortalidad materna es inversamente proporcional, a menor nivel de educación mayor mortalidad materna e infantil. • Nivel de escolaridad como indicador de niveles de pobreza y marginalidad que podría estar asociado a niveles de exclusión y pobreza. • Analfabetismo. se ha emprendido la política de alfabetización que debe dar resultados en el mediano plazo.

Fuente: Agenda nacional de prioridades en investigación en salud.

Intervenciones conocidas que reducen la morbi-mortalidad materna son: Oportunidad y calidad. Control prenatal: En el área urbana es de 87% y en el área rural es de 69%. Atención por personal calificado: En el área urbana, 78% asiste a parto hospitalario y en el área rural el 39% asiste a parto hospitalario. Sólo el 30% de mujeres embarazadas asisten al menos a una consulta en la primera semana post-parto. (9) Según ENDSA 2003, el 58% de mujeres tienen al menos cuatro controles prenatales, situación que es mejor en el área urbana (68%) que en el área rural (43%); más del 50% asiste a su primera visita antes del cuarto mes, siendo el indicador de oportunidad de la primera visita más favorable en el área urbana (58%) que en el área rural (42%). Con el desarrollo de la Salud en el Estado Plurinacional de Bolivia han crecido paralelamente un grupo de programas que garantizan la asistencia médica continuada, para mejorar y asegurar la salud del pueblo, de ahí la creación del "SUMI" que aglutina a todas las mujeres con embarazo fisiológico, así como gestaciones y puerperios complicados; las evidencias demuestran que el número de muertes está ligado al proceso del parto o como consecuencia de éste, por causas disímiles no siempre prevenibles ni totalmente controlables. El conocimiento de las patologías que inciden en los ingresos y aquellas que causan la muerte de la paciente obstétrica en las Unidades de Cuidados Intermedios e Intensivos (UCIM y UCI), facilitará enfocar la atención específica sobre los factores de riesgo de estas patologías en la Atención Primaria de Salud mediante la evaluación adecuada del riesgo preconcepcional y un mejor diagnóstico y tratamiento de estas entidades en la atención secundaria.

El embarazo en adolescentes constituye un problema social por las consecuencias que traen en la perspectiva de vida de las adolescentes reflejada en barreras para el logro educativo, el desarrollo integral y el ejercicio, de derechos, que en condiciones de ruralidad, marginalidad y exclusión social, perpetúan el ciclo intergeneracional de la pobreza. (9)

Se consideran como principales causas de morbilidad las afecciones obstétricas descritas en la CIE-10 que pueden constituir cuadros agudos o subagudos, aparecer de forma intempestiva o paulatina, y ser consecuencia del proceso gestacional, omisiones asistenciales u otros.

Por lo descrito anteriormente el presente estudio describe la morbilidad de la mujer embarazada adolescente y no adolescente.

1.10 IMPORTANCIA DEL CONTINUO DE LA ATENCION.

En la actualidad, el enfoque del continuo de atención contribuye a brindar atención Integral en salud a la población; según este principio. la población debe tener acceso a servicios calificados durante el curso de la vida, (sobre todo en salud reproductiva. embarazo y parto. atención al recién nacido. niñez y adolescente), en diferentes ámbitos de atención: hogar. la comunidad y los establecimientos de salud por nivel de atención. Estos servicios deben estar orientados a la promoción de la salud, prevención, atención y rehabilitación de enfermedades.

Los cuadros de Procedimientos integran la evaluación sistemática de los problemas de salud y otros que afectan al adolescente, mujer gestante, recién nacido, niña y niño e Incorporan la aplicación de conceptos de calidad durante la atención al curso de la vida y contribuyen a mejorar los conocimientos, actitudes, aptitudes y prácticas respecto al cuidado y mantenimiento de la salud, tanto en los servicios de salud como en la comunidad y en el hogar.

2. ANTECEDENTES:

Según el estudio de Línea Base del Proyecto de Salud Sexual y Reproductiva “Decidiendo con Libertad”, realizado por la entidad Louvain Développement, el 40% de la mortalidad materna en Bolivia se presenta en las adolescentes, entre 13 y 16 años de edad. Detrás de este porcentaje hay embarazos no deseados en adolescentes que suelen terminar en abortos mal practicados. Al ser madres precoces, las menores sufren de hemorragias y otras afecciones o sienten temor a la hora de acudir a un centro de salud, ya que en éstos se les exige la presencia de sus padres. “Por ello se requiere de una atención diferenciada para que la adolescente pueda ir sola a un sanatorio”. Este estudio se inició en marzo de 2011 en tres países de manera simultánea: Perú, Ecuador y Bolivia. Se entrevistó a 5.200 adolescentes.(9).

Balestena J. M. (10). Refiere en su estudio de aspectos epidemiológicos en la morbilidad obstétrica crítica que las enfermedades principales por las que son internados los pacientes son por procesos hipertensivos gestacionales, como la hipertensión inducida por el embarazo grave, la eclampsia y el síndrome de Hellp, Shock hipovolémico, atonía uterina, infección puerperal. Por lo que concluye que con el ingreso de las pacientes obstétricas graves en la UCI se ha minimizado un tanto la mortalidad y las complicaciones de las cuales puede ser blanco este tipo de pacientes; pero se debe plantear que existen factores capaces de producir procesos morbosos graves en la gestante y de la puérpera, entre los que se encuentran: la edad materna avanzada, la multigesta, las gestantes con partos anteriores, el asma bronquial, la hipertensión arterial crónica y las cardiopatías como entidades asociadas a la gestación; y los procesos hipertensivos durante el embarazo. (10)

Nolasco J. (11) en su estudio basado en revisión bibliográfica de artículos sobre la morbilidad en gestantes adolescentes, afirma que el embarazo en estas edades tiene mayores riesgos maternos y mayor aun cuando se encuentra en cercanías con la menarca (menores de 15 años). Dentro de las causas de morbilidad las que prevalecen son la anemia, la escasa ganancia de peso, la infección urinaria, los estados hipertensivos gestacionales y el parto operatorio. Saez F. (11) concluye que a pesar de la atención especializada, el embarazo precoz continúa siendo un factor de riesgo para obtener resultados perinatales desfavorables.

Batista L. (12) refiere que el embarazo en las adolescentes tiene un riesgo mucho mayor de complicaciones para su salud y la de su futuro bebé. Un embarazo en estas edades puede producir complicaciones invalidantes definitivas en los planos orgánico, social y sicológico de las madres.

3. JUSTIFICACION:

En la Agenda Nacional de prioridades de investigación en salud de la serie documentos de investigación de 2009 aprobado con el D.S. N29894 del 7 de febrero de 2009, se considera que las líneas prioritarias de investigación son la magnitud de la morbilidad obstétrica.

En el capítulo de salud y genero el primer tema es morbimortalidad materna, donde refieren que la magnitud del problema entre 2001 y 2005, la razón de mortalidad materna disminuyó de 390 al 230 por 100000 nacidos vivos. Sin embargo continua siendo la más alta en Latinoamérica. (8)

El embarazo y la maternidad en adolescentes se registra con mucha mayor frecuencia en mujeres adolescentes con menor acceso a educación, que viven en zonas rurales y en condiciones de pobreza. Una de cada tres adolescentes del quintil más pobre es madre o se encuentra embarazada, frente a 1 de cada 10 del quintil superior.

Una de las diferencias más marcadas en cuanto al porcentaje de embarazos en la adolescencia se observa al considerar el acceso a educación: entre aquellas que no tienen educación primaria, dicho porcentaje alcanza un 32%, frente a un 4% de las que cuentan con educación superior.

De acuerdo a la Encuesta Nacional de Juventudes de 2008, los municipios que presentan mayores porcentajes de adolescentes y jóvenes con al menos un embarazo son: El Alto con 83%, Santa Cruz 71%, Guayaramerín 76%, Riberalta 71% y Colcapirhua 74%.

El último informe de Estado de Población Mundial 2011 del UNFPA, reporta que Latinoamérica se constituye en una de las dos regiones del mundo con tasas más elevadas de fecundidad en adolescentes, junto con el África sub-sahariana. Sudamérica registra de 50 a 100 nacimientos por cada 1.000 mujeres entre 15 y 19 años de edad (a excepción de Ecuador y Venezuela). (2)

El objetivo de este estudio es conocer las características epidemiológicas de morbilidad en gestantes adolescentes y no adolescentes atendidas en el servicio de gineco-obstetricia del Hospital Juan XXIII de la ciudad de La Paz. En un periodo comprendido entre agosto 2012 a julio de 2013.

En el Estado Plurinacional de Bolivia, por el gran interés de disminuir el embarazo en el adolescente tiene leyes, normas, planes y programas nacionales con apartados específicos sobre embarazo en adolescencia. Estas son: La ley de la Juventud Nº

342, el Código niño, niña y adolescencia, Seguro Universal Materno Infantil (SUMI). Ley Nº 2426. Ampliación de prestaciones del Seguro Universal Materno Infantil (SUMI) orientada a mujeres de 5 a 60 años de edad. Ley Nº 3250. (2)

Dentro de los planes y programas mencionaremos los siguientes:
El Programa de adolescencia del ministerio de Salud y Deportes ha desarrollado el Plan Nacional para la Salud Integral de las y los Adolescentes (2009-2013), con intervenciones concretas para prevenir el embarazo en adolescentes y acciones de promoción de la salud reproductiva.
Plan Nacional para la salud Integral de la Adolescencia y Juventud Boliviana 2009 – 2015.
Plan Estratégico Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (PENSSR) 2009 – 2015.
Plan Estratégico Nacional para Mejorar la Salud Materna, Perinatal y Neonatal 2009 – 2015.
Normas, reglas, protocolos y procedimientos de anticoncepción (2009). (2)

Si los Hospitales llegaran a tener datos fidedignos de morbilidad, relacionados a la población que atiende por la distribución geográfica se podría realizar medidas de prevención y promoción de la salud bien dirigida que repercutiría en la disminución de la mortalidad materna.

El Hospital Juan XXIII tiene como área de influencia a la Zona de Munaypata que se encuentra en la ladera de la ciudad de La Paz, hacia el noroeste. Esta zona fue creada por la migración interna que hubo a fines de los años 60 y principios de los 70 (últimos años de la dictadura boliviana). Esta hizo que mucha gente del campo emigrara a la ciudad buscando un mejor porvenir y así se fueron asentando en lo que posteriormente se convertiría en los barrios de la ciudad de La Paz.

Los centro de salud que refieren a sus pacientes a este Hospital son los siguientes: C.S. Alto Mariscal Santa Cruz, C.S. Bajo tejar, C.S. Ciudadela ferroviaria, C.S. Camsique Zongo, C.S. Munaypata, C.S. Obispo Indaburo, C.S. Panticirca, C.S. Said, C.S. Villa Victoria, C.S.M.I. Chamoco chico, C.S.M.I. El Tejar, C.S.M.I. La Portada, Policlinico 18 de Mayo, C.S. Ceprosi, C.S.V. Victoria Prosalud. Además de ser un Hospital de referencia también de la ciudad de El Alto.

FIGURA 1.

ÁREA GEOGRÁFICA DEL HOSPITAL JUAN XXIII.

FUENTE: Google maps.

Este hospital Cubre una población de 164.566 habitantes con una superficie territorial de 13,31 km2.

FIGURA 2.

Fotografía Hospital Juan XXIII.

FUENTE: Propia.

4. OBJETIVOS:

OBJETIVO GENERAL: Conocer las causas de morbilidad en gestantes adolescentes comparadas con las no adolescentes, atendidas en el servicio de gineco-obstetricia del Hospital Juan XXIII de la ciudad de La Paz. En un periodo comprendido entre agosto 2012 a julio de 2013.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

1. Identificar la incidencia de embarazadas adolescentes en el periodo comprendido entre Agosto 2012 a Julio 2013 del Hospital Juan XXIII.

2. Cuantificar la prevalencia de morbilidad en gestantes adolecentes comparado a no adolecentes en el periodo comprendido entre Agosto 2012 a Julio 2013 del Hospital Juan XXIII.

3. Evaluar las diferencias de morbilidad entre adolescentes comparado con no adolecentes en el periodo comprendido entre Agosto 2012 a Julio 2013 del Hospital Juan XXIII.

5. MATERIALES Y METODOS:

5.1 DESCRIPCIÓN DEL AREA DE INVESTIGACION.

La Red de Salud numero 2 noroeste de la ciudad de La Paz, cuenta con 15 centros de salud y tienen como hospitales de referencia de segundo nivel al Hospital Juan XXIII, Hospital La Paz, Clínica Médico Suma Warmi, Clinica Urkupiña. Esto es importante por la disposición de la zona:

FIGURA 3.

CENTROS DE SALUD Y HOSPITALES QUE SE ENCUENTRAN DENTRO DEL ÁREA DE INFLUENCIA DEL HOSPITAL JUAN XXIII.

FUENTE: Modificación de imagen Google maps.

Dónde:

A = Hospital Juan XXIII.

B = Hospital La Paz.

C = Clínica Médico suma warmi.

D = Clínica Urkupiña

Pero como se puede observar, esta zona es larga y limita por los diferentes caminos la ciudad de El Alto con la ciudad de La Paz. Por otro lado al ser clínicas privadas, no tenemos conocimiento que tengan el seguro universal materno infantil. Y sabemos que el Hospital La Paz si tiene al igual que el Hospital Juan XXIII que pertenece a la Iglesia Católica.

Por otro lado de acuerdo a la nueva normativa de referencia y contrarreferencia, al hospital llegan 28% de las pacientes con trabajo de parto con transferencia, el resto llega con trabajo de parto y dilatación por lo que se considera una emergencia y de

esta manera es atendida en el Hospital Juan XXIII. Sin embargo tenemos serios problemas con la contra referencia que se practica escasamente por los médicos.
Las causas de estas transferencias principalmente son por hipertensión inducida por el embarazo, sospecha de desproporción céfalo pélvico y por solicitud de las pacientes.

5.2 SEGÚN LA INTENCIÓN DEL INVESTIGADOR: Es un estudio observacional.
5.3 SEGÚN EL ALCANCE: Se trata de un estudio analítico.
5.4 SEGÚN LA ORIENTACIÓN EN EL TIEMPO: Es una investigación retrospectiva y transversal.
5.5 AREA DE INVESTIGACIÓN: Hospital Juan XXIII en el período comprendido de Agosto de 2012 a Julio 2013.
5.6 UNIDAD DE ANALISIS:
Información recibida de expedientes clínicos de mujeres adolescentes y no adolescentes embarazadas, internadas en el Servicio de Gineco-obstetricia desde agosto del 2012 a julio 2013 del Hospital Juan XXIII.
5.7 TAMAÑO DE MUESTRA:
Para la presente investigación se aplicara un muestreo aleatorio simple con un nivel de confianza 95% y un error de muestreo de 3.3%. Estimada con el programa Epi-info.

TABLA 2.
CALCULO DE MUESTRA.

Tamaños de muestra y precisión para estimación de una proporción poblacional

Proporción esperada: 50.000%
Nivel de confianza: 95.0%
Efecto de diseño: 1.0

Precisión (%)	Tamaño de muestra
3.3	887

5.8 CRITERIOS DE EXCLUSION:

Todos los expedientes clínicos que se encuentre incompletos.

5.9 PROCEDIMIENTO PARA LA RECOLECCION DE DATOS:

Se procedió a la toma de datos con el consentimiento de la dirección del Hospital así como la jefatura de enseñanza. Basado en una base de datos elaborada en Excel para la recolección de datos de los expedientes clínicos del servicio de gineco–obstetricia del Hospital Juan XXIII, en el periodo de agosto de 2012 a julio 2013.

5.10 CLASIFICACION DE VARIABLES:

Para la presente investigación se considera cuatro grupos de variables: en el primer grupo se toman en cuenta variables demográficas, en el segundo sobre antecedentes toxicológicos, el tercer sobre información de los antecedentes obstétricos y el cuarto sobre morbilidad.

La primera y la segunda no serán analizadas en las discusiones ya que no se encuentran dentro de los objetivos de este estudio, sin embargo nos sirven para tener una información de las características de la población estudiada.

Para la clasificación de las variables se tomó en cuenta la naturaleza, los valores que presentan la medición y la escala de medición.

TABLA 3.

TABLA DE VARIABLES.

GRUPO	***VARIABLE***	***DEFINICION***	***NATURALEZA***	***MEDICION***	***ESCALA DE MEDICION***
DEMOGRAFICO	*Edad*	*Según edad al momento de la encuesta*	*Cuantitativo*	*Continuo*	*Intervalo*
MORBILIDAD	*Infecciones de transmisión sexual*	*Si se diagnosticó durante la gestación actual infecciones de transmisión sexual*	*Cualitativo*	*Nominal*	*Nominal*
	Infección del tracto urinario	*Si se diagnosticó durante la gestación actual infecciones del tracto urinario*	*Cualitativo*	*Nominal*	*Nominal*
	Flujo vaginal	*Si se diagnosticó durante la gestación actual infecciones flujo a través de la vagina*	*Cualitativo*	*Nominal*	*Nominal*
	Pelvis estrecha	*Diámetros de la pelvis reducidos*	*Cualitativo*	*Nominal*	*Nominal*
	Eclampsia	*Convulsiones durante el embarazo.*	*Cualitativo*	*Nominal*	*Nominal*
	Hemorragia obstétrica	*Sangrado transvaginal durante la gestación.*	*Cualitativo*	*Nominal*	*Nominal*
	Aborto	*Perdida del producto antes de las 20 semanas de gestación*	*Cualitativo*	*Nominal*	*Nominal*
	Amenaza de parto prematuro	*Contracciones uterinas antes de las 37 semanas de gestación*	*Cualitativo*	*Nominal*	*Nominal*

Diabetes gestacional	*Glucemia > 126 mg/dl, durante el embarazo.*	*Cualitativo*	*Nominal*	*Nominal*
Aborto incompleto	*Perdida del producto de la gestación, antes de las 20 semanas. Con retención de restos placentarios.*	*Cualitativo*	*Nominal*	*Nominal*
Huevo muerto retenido	*Producto de la gestación fallecido retenido junto con la placenta*	*Cualitativo*	*Nominal*	*Nominal*
Amenaza de aborto	*Riesgo de pérdida del producto antes de las 20 semanas de gestación*	*Cualitativo*	*Nominal*	*Nominal*
Embarazo actual concluye en parto	*Proceso por el cual al final del embarazo la gestante expulsa el producto del embarazo y las membranas.*	*Cualitativo*	*Nominal*	*Nominal*
Embarazo actual concluye en cesárea	*Operación quirúrgica que consiste en extraer el feto del vientre de la madre mediante una incisión en la pared abdominal y uterina y evitar el parto*	*Cualitativo*	*Nominal*	*Nominal*
Hipoglucemia al momento del parto	*Glucemia < 60 mg/dl al momento del parto.*	*Cualitativo*	*Nominal*	*Nominal*
Oligohidramnios	*Cantidad disminuida de líquido amniótico. Informado por ecografía.*	*Cualitativo*	*Nominal*	*Nominal*

Ruptura prematura de membranas	*Ruptura de las membranas antes del parto*	*Cualitativo*	*Nominal*	*Nominal*
Pre eclampsia	*Gestante con hipertensión arterial, edemas, presencia de proteínas en la orina.*	*Cualitativo*	*Nominal*	*Nominal*
Hipertensión inducida por el embarazo	*Aparición de hipertensión arterial, sin tener diagnóstico previo, en una gestante, después de las 20 semanas de embarazo.*	*Cualitativo*	*Nominal*	*Nominal*
Desproporción céfalo pélvica	*Cabeza del producto es más grande que el canal del parto.*	*Cualitativo*	*Nominal*	*Nominal*
Anemia	*Hemoglobina <12 mg/dl*	*Cualitativo*	*Nominal*	*Nominal*
Parto actual concluye en parto prematuro	*Parto antes de la semana 37 del embarazo.*	*Cualitativo*	*Nominal*	*Nominal*
Miomatosis uterina	*Presencia de uno o varios tumores benignos uterinos*	*Cualitativo*	*Nominal*	*Nominal*
Pérdida de bien estar fetal	*Alteración de los signos vitales del producto, antes o durante el parto.*	*Cualitativo*	*Nominal*	*Nominal*
Embarazo anembrionado	*Óvulo que es fertilizado y que luego de implantarse en la cavidad uterina, se desarrolla únicamente el saco gestacional pero sin desarrollarse el embrión en su interior*	*Cualitativo*	*Nominal*	*Nominal*

Ameu/Lui	*Aspirado manual endouterino/legrado uterino instrumental*	*Cualitativo*	*Nominal*	*Nominal*
Cólico biliar	*Dolor biliar por la presencia de litos*	*Cualitativo*	*Nominal*	*Nominal*
Conducción del parto fallida	*Tratamiento farmacológico para conducir el trabajo de parto*	*Cualitativo*	*Nominal*	*Nominal*
Hiperémesis gravídica	*Presencia de náuseas y vómitos intensos y persistentes durante el embarazo*	*Cualitativo*	*Nominal*	*Nominal*
Síndrome febril	*Elevación de la temperatura corporal de forma anormal*	*Cualitativo*	*Nominal*	*Nominal*
Óbito fetal	*Óbito fetal es como se denomina a la muerte fetal en el útero materno antes de su nacimiento*	*Cualitativo*	*Nominal*	*Nominal*
Embarazo molar	*Trastorno del embarazo caracterizado por la presencia de un crecimiento anormal que contiene un embrión no viable implantado y proliferante en el útero*	*Cualitativo*	*Nominal*	*Nominal*
Circular de cordón	*El cordón umbilical rodea el cuello del producto*	*Cualitativo*	*Nominal*	*Nominal*
Sepsis puerperal	*Proceso infeccioso septicémico y grave, que afecta a todo el organismo y que desencadena una respuesta inflamatoria general, que*	*Cualitativo*	*Nominal*	*Nominal*

		puede afectar a las mujeres tras un parto o un aborto			
	Placenta previa	*La placenta previa es una complicación del embarazo en la que la placenta se implanta, de manera total o parcial, en la porción inferior de útero.*	*Cualitativo*	*Nominal*	*Nominal*
	Poli contusa	*Múltiples golpes*	*Cualitativo*	*Nominal*	*Nominal*
	Sd. Hellp	*Conjunto de síntomas que presenta la embarazada asociados a hemólisis, enzimas hepáticas elevadas, conteo de plaquetas bajos*	*Cualitativo*	*Nominal*	*Nominal*
	Macrosomia fetal	*Producto del embarazo, grande para la edad gestacional*	*Cualitativo*	*Nominal*	*Nominal*
	Retardo de crecimiento uterino	*Producto del embarazo, pequeño para la edad gestacional*	*Cualitativo*	*Nominal*	*Nominal*
	Condilomatosis	*Presencia de verrugas secundarias a la infección por HPV*	*Cualitativo*	*Nominal*	*Nominal*
	Distocia uterina	*Contracciones anormales del útero*	*Cualitativo*	*Nominal*	*Nominal*
	Malformación	*Alteración de la forma producida por una alteración en la formación*	*Cualitativo*	*Nominal*	*Nominal*

FUENTE: Historias clínicas revisadas.

La muestra está constituida por 886 mujeres embarazadas de 13 a 29 años, considerando como adolescentes a las mujeres de 13 a 19 años y no adolescentes de 19 a 29 años.

5.11 PLAN DE ANALISIS ESTADISTICO:

Los datos se llenaron en un formulario con especificaciones para su posterior tabulación en una base de datos. Los análisis estadísticos se realizarán con la ayuda del paquete SPSS versión 17. Se calcularon las frecuencias observadas y porcentajes y el estadístico de prueba de relación Chi cuadrado o prueba exacta de Fisher, para comparar los subgrupos estudiados.

5.12 ASPECTOS ETICOS DE LA INVESTIGACION:

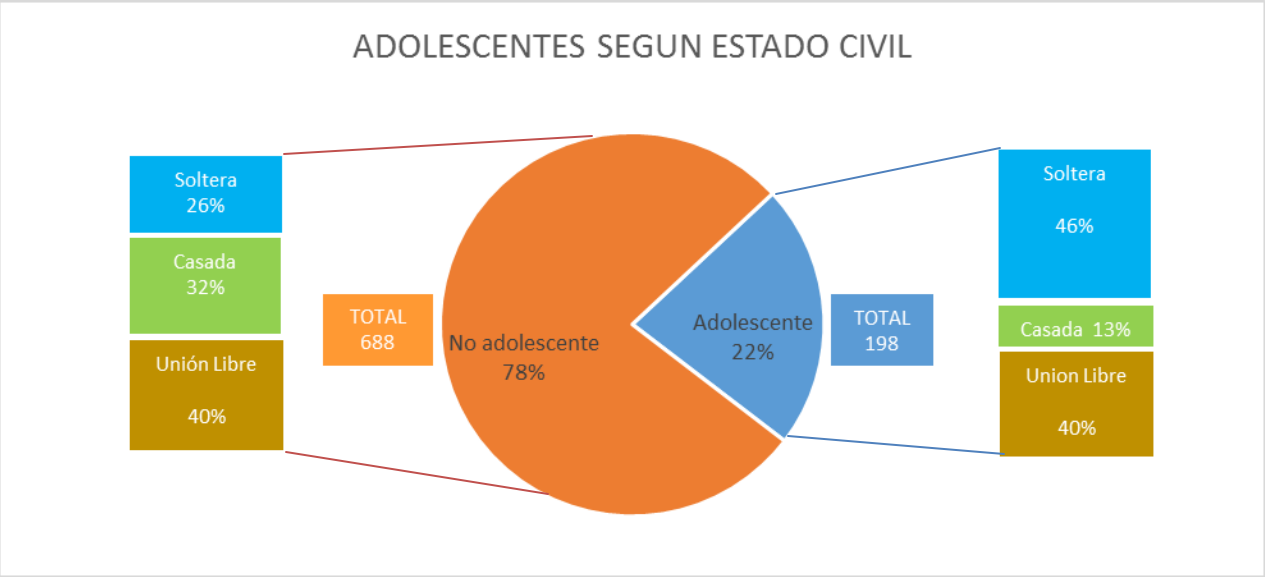
No se requirió el consentimiento informado de la paciente para poder realizar este estudio.

No se vio afectada la confidencialidad de las pacientes, la información se encuentra codificada por lo tanto no se cuenta con la identidad de la paciente. Los datos que se obtuvieron del expediente clínico es la que se representa en el estudio y en el análisis de la presente tesis.

6. RESULTADOS:

FIGURA 4
ANALISIS DE MORBILIDAD GESTANTE ADOLESCENTE Y NO ADOLESCENTES

ANALSIS DEL ESTADO CIVIL DE GESTANTES ADOLESCENTES Y NO ADOLESCENTES
HOSPITAL JUAN XXIII
AGOSTO 2012 – JULIO 2013

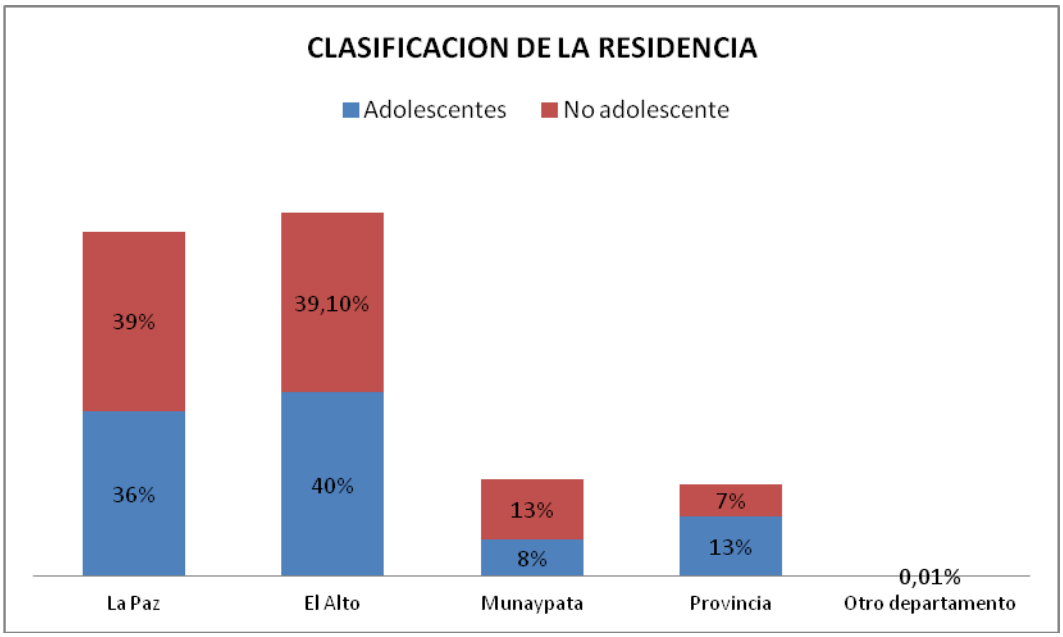


FUENTE: PROPIA.

De las 886 mujeres en estudio, el 78% no son adolescentes y el 22% son adolescentes. De 198 mujeres adolescentes el 46% son solteras, 40 % viven en unión libre y 13% son casadas. De las 688 mujeres no adolescentes un 40% viven en unión libre, 32% casadas y 26% son solteras.

GRAFICO 5
ANALISIS DE MORBILIDAD GESTANTE ADOLESCENTE Y NO ADOLESCENTES

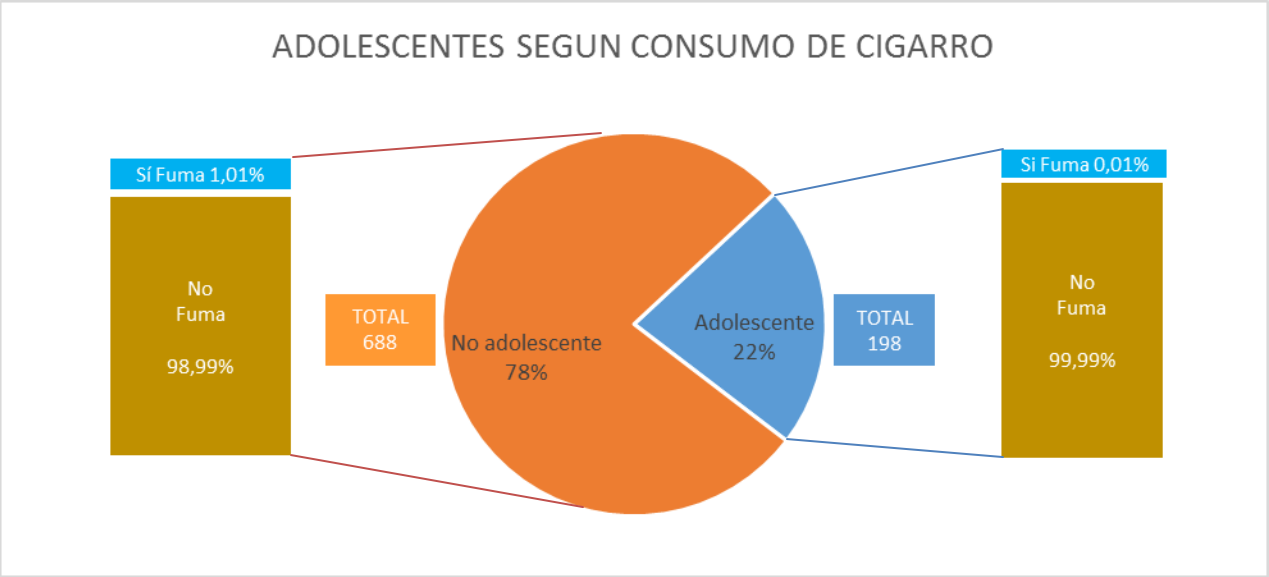
ANALISIS DE LA PROCEDENCIA DE GESTANTES ADOLESCENTES Y NO ADOLESCENTES
HOSPITAL JUAN XXIII
AGOSTO 2012 – JULIO 2013



De los lugares de donde vienen a consultar las gestantes adolescentes la mayor parte (40%) son de El Alto, y el 8% son de área de influencia del Hospital Juan XXIII. En las gestantes no adolescentes la mayor parte provienen de La Paz y El Alto (39%). El área de influencia es de 13%, un porcentaje importante vienen a la hospitalización de provincias 13% adolescentes y 7% que no son adolescentes.

FIGURA 6
ANALISIS DE MORBILIDAD GESTANTE ADOLESCENTE Y NO ADOLESCENTES

ANTECEDENTES SEGUN CONSUMO DE CIGARRILLO
HOSPITAL JUAN XXIII
AGOSTO 2012 – JULIO 2013

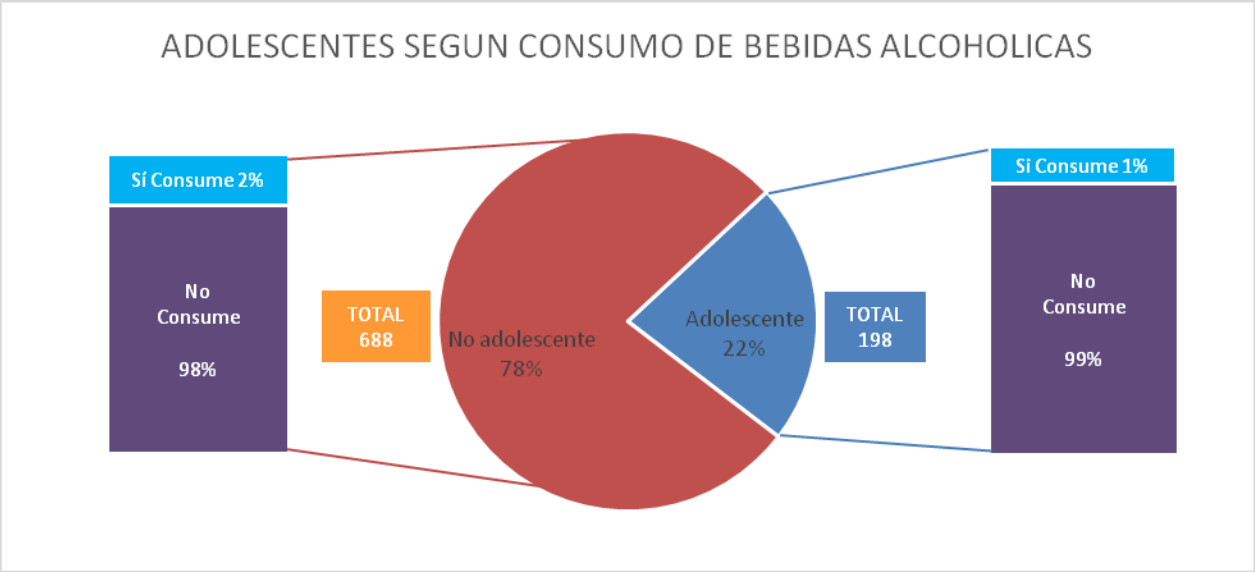


FUENTE: PROPIA.

En las variables que se considera como hábitos toxicológicos, en mujeres adolescentes el 99,9% no fuma cigarrillo, y en mujeres no adolescentes el 98,99% no fuma, es decir en general las mujeres no fuman cigarrillo.

FIGURA 7
ANALISIS DE MORBILIDAD GESTANTE ADOLESCENTE Y NO ADOLESCENTES

ANTECEDENTES SEGUN CONSUMO DE BEBIDAS ALCOHOLICAS
HOSPITAL JUAN XXIII
AGOSTO 2012 – JULIO 2013



FUENTE: PROPIA.

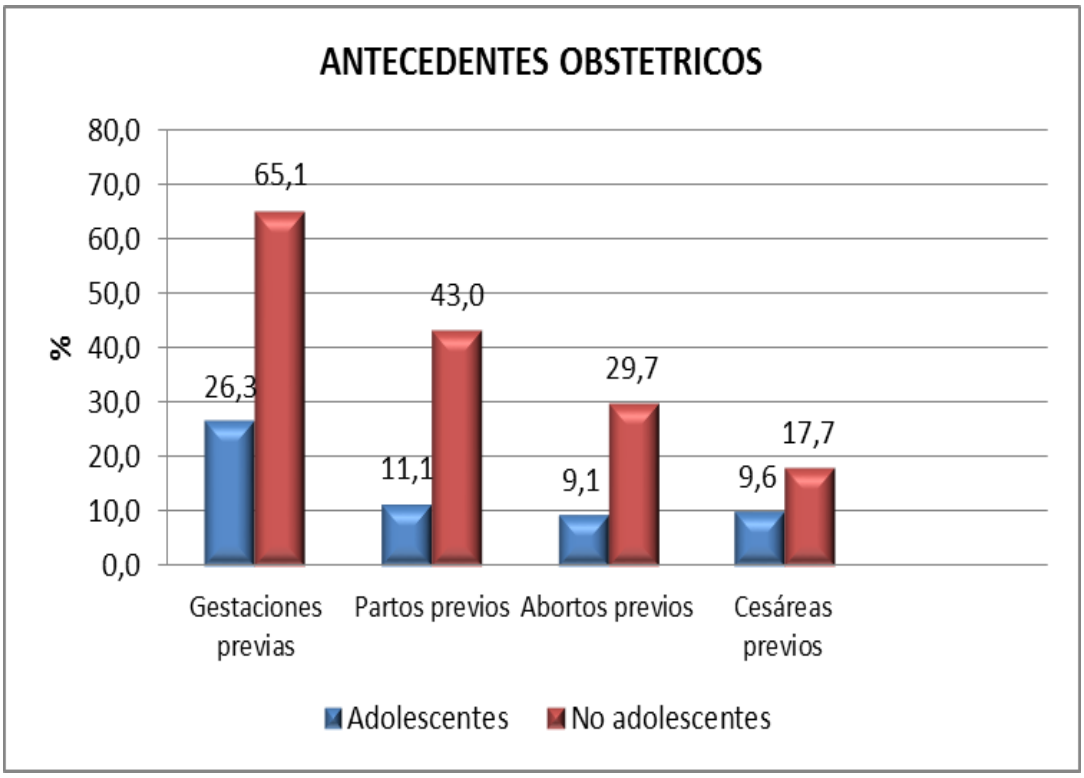
En lo referente a consumo de bebidas alcohólicas las adolescentes el 1% si consumen bebidas alcohólicas, en mujeres no adolescentes el consumo es de 2%, en general aproximadamente un 98,5% no consumen bebidas alcohólicas.

ANALISIS DE ANTECEDENTES OBSTETRICOS

Observando el gráfico la mayor parte de los antecedentes obstétricos se presenta en la gestante no adolescente que las gestantes adolescentes.

FIGURA 8
ANALISIS DE MORBILIDAD GESTANTE ADOLESCENTE Y NO ADOLESCENTES

ANTECEDENTES OBSTETRICOS EN GESTANTES ADOLESCENTES Y NO ADOLESCENTES
HOSPITAL JUAN XXIII
AGOSTO 2012 – JULIO 2013



Fuente: Cuadro 1

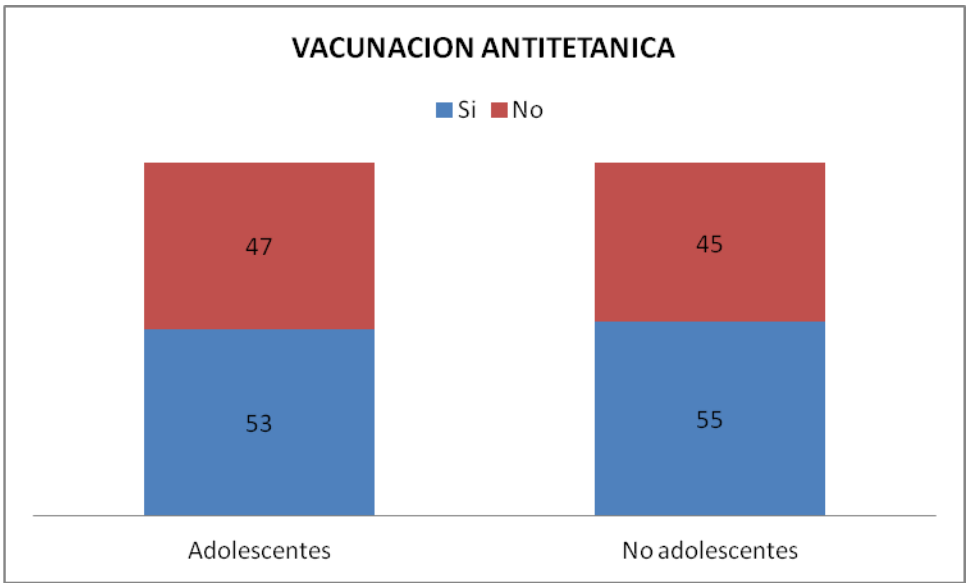
CUADRO 1
ANTECEDENTES OBSTETRICOS EN GESTANTES ADOLESCENTES Y NO ADOLESCENTES
HOSPITAL JUAN XXIII
AGOSTO 2012 – JULIO 2013

VARIABLES	ADOLESCENTES (198 mujeres)		NO ADOLESCENTES (688 mujeres)			
	N	%	N	%	Estadístico	p-valor
Gestaciones previas	52	26,30%	448	65,10%	94,4	<0.001
Partos previos	22	11,10%	296	43,00%	68,1	<0,001
Abortos previos	18	9,10%	204	29,70%	34,6	<0,001
Cesáreas previas	19	9,60%	122	17,70%	7,6	0.006

Los antecedentes obstétricos son factores que se relacionan con la adolescencia como se demuestra en la tabla y gráfico anteriores (observar el valor *p* es menor al nivel de significancia asumido del 5% en todos los casos).

FIGURA 9
ANALISIS DE MORBILIDAD GESTANTE ADOLESCENTE Y NO ADOLESCENTES

VACUNA ANTITETANICA EN GESTANTES ADOLESCENTES Y NO ADOLESCENTES
HOSPITAL JUAN XXIII
AGOSTO 2012 – JULIO 2013



Fuente: Cuadro 2.

CUADRO 2

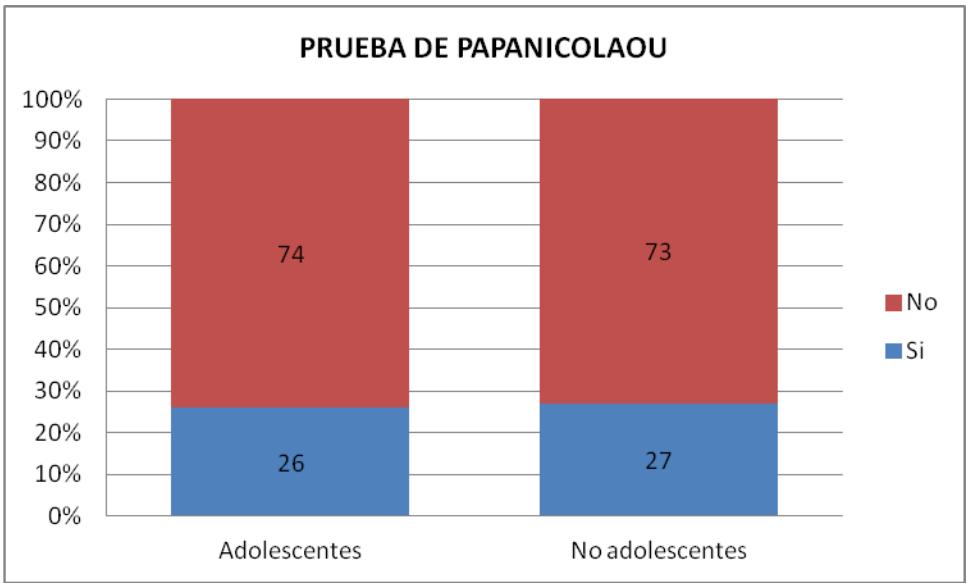
VACUNA ANTITETANICA EN GESTANTES ADOLESCENTES Y NO ADOLESCENTES

	ADOLESCENTES (198 MUJERES)		NO ADOLESCENTES (688 MUJERES)		Estadistico	p - valor
	N	%	N	%		
Vacunación Antitetanica	105	53.0%	378	54.9%	0.23	0.63

De las gestantes adolescentes el 53% han sido vacunados con la vacuna Antitetánica y el 55% de las gestantes no adolescentes, con un valor estadístico de 0.23 y $p > 0.05$.

GRAFICO 10
ANALISIS DE MORBILIDAD GESTANTE ADOLESCENTE Y NO ADOLESCENTES

PRUEBA DE PAPANICOLAOU EN GESTANTES ADOLESCENTES Y NO ADOLESCENTES
HOSPITAL JUAN XXIII
AGOSTO 2012 – JULIO 2013



FUENTE: Cuadro 3.

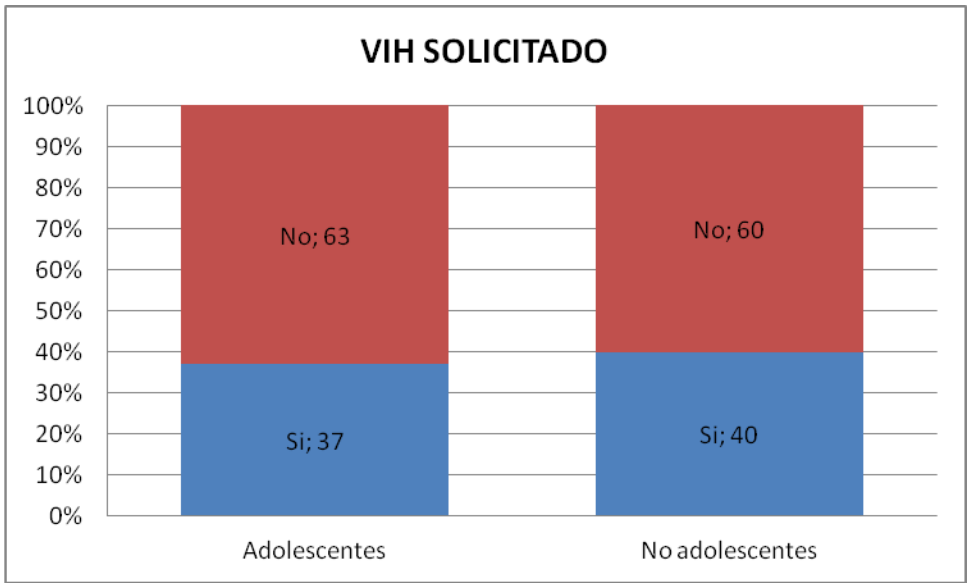
CUADRO 3
PRUEBA DE PAPANICOLAOU EN GESTANTES ADOLESCENTES Y NO ADOLESCENTES

	ADOLESCENTES (198 MUJERES)		NO ADOLESCENTES (688 MUJERES)		Estadistico	p - valor
	N	%	N	%		
Prueba de PAP	51	25.8%	185	26.9%	0.101	0.75

En las gestantes adolescentes se realizó la prueba de Papanicolaou en el 25,8% y en las no adolescentes en el 26,9% con un valor estadístico de 0,101 y p > 0,05.

GRAFICO 11
ANALISIS DE MORBILIDAD GESTANTE ADOLESCENTE Y NO ADOLESCENTES

PRUEBA DE VIH SOLICITADO EN GESTANTES ADOLESCENTES Y NO ADOLESCENTES.
HOSPITAL JUAN XXIII
AGOSTO 2012 – JULIO 2013



CUADRO 4
PRUEBA DE VIH SOLICITADO EN GESTANTES ADOLESCENTES Y NO ADOLESCENTES.

	ADOLESCENTES (198 MUJERES)		NO ADOLESCENTES (688 MUJERES)		Estadistico	p - valor
	N	%	N	%		
VIH solicitado	74	37.4%	274	39.8%	0.388	0.53

La prueba VIH se solicitó a 37,4% gestantes adolescentes y en 39,8% gestantes no adolescentes con un valor estadístico de 0.388 y $p > 0,05$.

CUADRO 5
ANALISIS DE MORBILIDAD GESTANTE ADOLESCENTE Y NO ADOLESCENTES

ANALISIS DE COMPARACION DE LA CULMINACION DEL EMBARAZO ACTUAL.
AGOSTO 2012 – JULIO 2013

VARIABLE	ADOLESCENTES (198 mujeres)		NO ADOLESCENTES (688 mujeres)			
	Nº	%	Nº	%	Chi cuadrado	P valor
Cesárea	59	29,80%	216	31,40%	14,48	0.01
Parto Normal	107	54,00%	329	47,80%	2,38	0.12
Aborto	4	2,00%	73	10,60%	14,29	0.00

En gestantes adolescentes 54% concluyeron la gestación actual en parto normal y en no adolescentes 47,8%. Con un valor estadístico de 2,38 y p>0,05.

El 29,8% de las gestantes adolescentes terminó el embarazo actual en cesárea y 31,4% de gestantes no adolescentes, con un valor estadístico de 14,48 y p < 0,05.

El 2% de las gestantes adolescentes termino el embarazo actual en aborto y el 14,29% de las gestantes no adolescentes, con un valor estadístico de 14,29 y p < 0,05.

EVALUACION DE DIEZ PRIMERAS CAUSAS DE MORBILIDAD EN EMBARAZOS QUE CONCLUYEN EN PARTO.

CUADRO 6
ANALISIS DE MORBILIDAD GESTANTE ADOLESCENTE Y NO ADOLESCENTES

ANALISIS DE COMPARACION PARA DETERMINAR LAS DIEZ PRIMERAS CAUSAS DE MORBILIDAD EN EMBARAZADAS ADOLESCENTES Y NO ADOLESCENTES EN LAS QUE EL EMBARAZO ACTUAL CONCLUYE EN PARTOS.
AGOSTO 2012 – JULIO 2013

MORBILIDAD EN GESTANTES QUE CULMINAN EL EMBARAZO ACTUAL EN PARTO	*ADOLESCENTES (198)*		*NO ADOLESCENTES (688)*		*Chi cuadrado*	*p valor*
	número	*porcentaje*	*número*	*porcentaje*		
Hipertensión inducida por el embarazo	*50*	*46,7*	*140*	*42,6*	*0,573*	*0,44*
Infección del tracto urinario	*29*	*27,1*	*81*	*24,6*	*0,264*	*0,60*
Flujo vaginal	*19*	*17,8*	*70*	*21,3*	*0,616*	*0,43*
Anemia	*12*	*11,2*	*29*	*8,8*	*0,546*	*0,46*
Amenaza de parto prematuro	*9*	*8,4*	*19*	*5,8*	*0,934*	*0,33*
Ruptura prematura de membranas	*6*	*5,6*	*20*	*6,1*	*0,032*	*0,85*
Diabetes gestacional	*6*	*5,6*	*21*	*6,4*	*0,084*	*0,77*
Sepsis puerperal	*5*	*4,7*	*7*	*2,1*	*1,954*	*0,16*
Pelvis estrecha	*4*	*3,7*	*5*	*1,5*	*1,966*	*0,16*
Pre eclampsia	*2*	*1,9*	*2*	*0,6*	*1,413*	*0,23*

La hipertensión inducida por el embarazo se encuentra en primer lugar tanto en gestantes adolescentes (46,7%) como no adolescentes (42,6%) con un valor estadístico de 0,573 y p> 0,05.

La infección del tracto urinario se encuentra en segundo lugar en gestantes adolescentes (27,1%) y gestantes no adolescentes (24,6%) con un valor estadístico de 0,264 y p>0,05.

Flujo vaginal se encuentra en tercer lugar en gestantes adolescentes (17,8%) como no adolescentes (21,3%) con un valor estadístico de 0,616 y p > 0,05.

La anemia se encuentra en cuarto lugar en gestantes adolescentes (11,2%) como no adolescentes (8,8%) con un valor estadístico de 0,546 y p > 0,05.

La amenaza de parto prematuro se encuentra en el quinto lugar en gestante adolescente (8,4%) y séptimo lugar en gestante no adolescente (5,8%) con un valor estadístico de 0,934 y p > 0,05.

La ruptura de parto prematuro se encuentra en el sexto lugar en la gestante adolescente (5,6%) y octavo lugar en la gestante no adolescente (6,1%) con un valor estadístico de 0,032 y $p > 0,05$.

Diabetes gestacional se encuentra en séptimo lugar en la gestante adolescente y sexto lugar en la gestante no adolescente con un valor estadístico de 0,084 y $p > 0,05$.

Sepsis puerperal se encuentra en el octavo lugar en gestantes adolescentes y no adolescentes con un valor estadístico de 1,954 y $p > 0,05$.

Pelvis estrecha se encuentra en el noveno lugar en gestante adolescente (3,7%) y no adolescentes (1,5%) con un valor estadístico de 1,954 y $p > 0,05$.

La pre eclampsia se encuentra en el décimo lugar en gestantes adolescentes (1,9%) y no adolescentes (0,6%) con un valor estadístico de 1,413 y $p > 0,05$.

EVALUACION DE DIEZ PRIMERAS CAUSAS DE MORBILIDAD EN EMBARAZOS QUE CONCLUYEN EN CESAREA.

CUADRO 7
ANALISIS DE MORBILIDAD GESTANTE ADOLESCENTE Y NO ADOLESCENTES

ANALISIS DE COMPARACION PARA DETERMINAR LAS CAUSAS DE MORBILIDAD EN EMBARAZADAS ADOLESCENTES Y NO ADOLESCENTES EN LAS QUE LA GESTACION ACTUAL CULMINA EN CESAREA.
AGOSTO 2012 – JULIO 2013

MORBILIDAD EN GESTANTES QUE CULMINAN EL EMBARAZO ACTUAL EN CESAREA	**ADOLESCENTES (198)**		**NO ADOLESCENTES (688)**		**Chi cuadrado**	**p valor**
	número	**porcentaje**	**número**	**porcentaje**		
Flujo vaginal	1	0,5	3	0,4	3,453	0,063

El flujo vaginal se encuentra en primer lugar en gestantes adolescentes (0,5%) y en el noveno lugar en gestantes no adolescentes (0,4%) con un valor estadístico de 3,453 y $p > 0,05$.

CUADRO 8
ANALISIS DE MORBILIDAD GESTANTE ADOLESCENTE Y NO ADOLESCENTES

ANALISIS DE COMPARACION PARA DETERMINAR LAS DIEZ PRIMERAS CAUSAS DE MORBILIDAD GENERAL EN EMBARAZADAS ADOLESCENTES Y NO ADOLESCENTES.
AGOSTO 2012 – JULIO 2013

MORBILIDAD GENERAL	ADOLESCENTES (198)		NO ADOLESCENTES (688)		Chi cuadrado	p valor
	número	porcentaje	número	porcentaje		
Hipertensión inducida por el embarazo	86	43,4	298	43,3	0,001	0,976
Infección del tracto urinario	60	30,3	195	28,3	0,288	0,591
Flujo vaginal	37	18,7	138	20,1	0,182	0,669
Amenaza de parto prematuro	32	16,2	95	13,8	0,694	0,405
Parto prematuro	24	12,1	71	10,3	0,521	0,170
Hipoglucemia al momento del parto	23	11,6	59	8,6	1.693	0,193
Anemia	21	10,6	74	10,8	0,004	0,952
Ruptura prematura de membranas	19	9,6	54	7,8	0,621	0,431
Pelvis estrecha	15	7,6	40	5,8	0,82	0,365
Diabetes gestacional	14	7,1	45	6,5	0,069	0,792

La hipertensión inducida por el embarazo se encuentra en primer lugar en gestantes adolescentes (43,4%) y gestantes no adolescentes (43,3%) con un valor estadístico de 0,001 y p> 0,976.

La infección del tracto urinario se encuentra en el segundo lugar en gestantes adolescentes (30,3%) y gestantes no adolescentes (28,3%), con un valor estadístico de 0,288 y p > 0,05.

El flujo vaginal se encuentra en el tercer lugar en gestantes adolescentes (18,7%) y en gestantes no adolescentes (20,1%) con un valor estadístico de 0,182 y p > 0,05.

La amenaza de parto prematuro se encuentra en cuarto lugar en gestantes adolescentes (16,2%) y en gestantes no adolescentes (13,8%) con un valor estadístico de 0,694 y p > 0,05.

El parto prematuro se encuentra en quinto lugar en gestantes adolescentes (12,1%) y en sexto lugar en gestantes no adolescentes (10,3%), con un valor estadístico de 0,521 y p > 0,05.

La hipoglucemia al momento del parto se encuentra en el sexto lugar en gestantes adolescentes (11,6%) y en el séptimo lugar en gestantes no adolescentes (8,6%) con un valor estadístico de 1,693 p > 0,05.

La anemia se encuentra en el séptimo lugar en gestantes adolescentes (10,6%) y quinto lugar en gestantes no adolescentes (10,8) con un valor estadístico de 0,004 y $p > 0,05$.

La ruptura prematura de membrana se encuentra en octavo lugar en gestantes adolescentes (9,6%) y no adolescentes (7,8%) con un valor estadístico de 0,621 y $p > 0,05$.

La pelvis estrecha se encuentra en noveno lugar en gestantes adolescentes (7,6%) y en decimo lugar en gestantes no adolescentes (5,8%) con un valor estadístico de 0,82 y $p > 0,05$.

Diabetes gestacional se encuentra en el décimo lugar en gestantes adolescentes (7,1%) y en noveno lugar en gestantes no adolescentes (6,5%) con un valor estadístico de 0,069 y $p > 0,05$.

7. DISCUSIÓN:

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 (12).

La prueba de Papanicolaou se realizó en 25,8% adolescentes y en 26.9% en no adolescentes con un valor estadístico de 0.101 y p > 0,05. Lo que es un porcentaje muy bajo porque el Estado Plurinacional de Bolivia reglamenta este procedimiento incluso para no gestantes. Considerando además que el cáncer más frecuente en la mujer es el cáncer de cuello uterino. La tasa de incidencia es de 36,4 por 100.000 mujeres y la tasa de mortalidad es de 16,7 por 100.000 mujeres de 25 a 64 años de edad, o sea, mueren 638 mujeres por año (2008). Esto quiere decir que aproximadamente fallecen por este cáncer casi dos mujeres por día.

Un estudio realizado por el Instituto Nacional de Laboratorios de Salud (INLASA) sobre muestras citológicas de las ciudades de La Paz y El Alto (años 2004 y 2005) indicó que la población con mayor riesgo tiene entre 25 y 40 años; esta investigación mostro que la edad media de lesiones de bajo grado era de 25 años, 28 años para las lesiones de alto grado y 38 años para los carcinomas in situ; el estudio concluye que la incidencia del cáncer de cuello uterino es cada vez más frecuente en personas jóvenes y de menor edad. (Unfpa Bolivia).

La prueba VIH se realizó en el 37,4% de las mujeres adolescentes y en el 39,8% de las gestantes no adolescentes con un valor estadístico de 0,388 y p > 0,05. Lo que muestra que no hay diferencia de proporción entre embarazadas adolescentes y no adolescentes. Y esta proporción es muy baja pese a que es subvencionado por el estado aunque esto puede tener relación con la decisión de cada paciente de realizarse o no la prueba. Según información del Programa Nacional de ITS/VIH-SIDA, para el año 2003 un 45% de las notificaciones de personas que viven con el VIH-SIDA, corresponden a personas entre los 25 y 34 años, y un 26% a quienes están entre los 15 y 24 años. De lo cual se deduce que entre los 15 y 34 años de edad se concentra el 71% de las notificaciones. (13)

En relación a la conclusión de la gestación actual en cesárea, se ha encontrado una diferencia de proporción con un valor estadístico de 14,48 y p>0,05 y no se rechaza la hipótesis nula para los niveles de significancia y se acepta que no hay una diferencia entre gestantes adolescentes y no adolescentes. Lo que es muy llamativo porque se observa un porcentaje en gestantes adolescentes de 29,8% en contraste con las gestantes no adolescentes de 31,4% ya que en el período del parto los problemas más frecuentes son las que se han relacionado con un desarrollo incompleto de la pelvis materna. Esto determina una incapacidad del canal del parto, para permitir el paso del feto; estas distocias provocan aumento de los partos operatorios (fórceps y cesáreas). Otra manifestación del desarrollo incompleto del aparato genital de la madre adolescente es la estrechez del "canal blando", que favorece las complicaciones traumáticas del tracto vaginal. (14) Este hallazgo implica alto riesgo de lesiones anatómicas (desgarros), así como mayor probabilidad de hemorragias e infecciones en un terreno materno que puede estar comprometido por la desnutrición y las anemias previas. La estrechez de cualquiera de las dos porciones del canal del parto (ósea o blanda), implica un mayor peligro de parto traumático para el feto, que presenta amplia variedad y grado de severidad. (15, 16) El parto tiene un comportamiento similar en gestantes adolescentes y no adolescentes. El aborto se presenta en el 2 % de las gestantes adolescentes y en el 10,6% de las gestantes no adolescentes con un valor estadístico de 14,29% y p < 0,05.

En la literatura se reporta un aumento de la incidencia de los partos operatorios en las edades tempranas, lo cual podría deberse a la inmadurez o incompleto desarrollo del canal del parto. En esta revisión se encontró que el índice de cesárea fue inferior en las adolescentes, iguales resultados reportan otros estudios; (18, 19) no obstante, la mayoría de las referencias reflejan elevados indicadores de cesárea entre las gestantes menores de 20 años (20 – 24) otra parte, la planificación anteparto de la operación cesárea se ha relacionado con tasas inferiores de mortalidad.(25).

Las primeras diez causas de morbilidad en gestantes adolescentes y no adolescentes cuyo embarazo actual concluye en parto el comportamiento es similar y son las siguientes: Hipertensión inducida por el embarazo, infección del tracto urinario, flujo vaginal, anemia, amenaza de parto prematuro, ruptura prematura de

membranas, diabetes gestacional, sepsis puerperal, pelvis estrecha, y pre eclampsia.

López E. en su estudio llego a los siguientes resultados de las complicaciones obstétricas y estas incluyen: la cesárea que se presentó en el 41.82%, la infección de vías urinarias en el 30.91%, la amenaza de parto pre término representó el 10%, mientras que el parto pre término se presentó en el 2.73%, la ruptura de membranas y la desproporción céfalo pélvica constituyeron el 8.64%, la pre eclampsia representa el 4.55%. (26)

En el estudio realizado en la ciudad de Cuenca existieron 1338 casos de alguna patología obstétrica constituyendo el 45%. El aborto se presentó en 7.31, la prematurez estuvo presente en 3.35%, el síndrome hipertensivo del embarazo ocurrió en 2.24%, la ruptura prematura de membranas constituyó 4.87%; en relación a las distocias, se presentó en 17.65%, y no se encontraron casos de pacientes que hayan padecido diabetes gestacional. El 18,72% terminó el embarazo por cesárea (27).

Estos datos no se relacionan con lo encontrados en este estudio porque tenemos porcentajes en todos los casos inferiores a los señalados y no encontramos como causa de morbilidad el parto pre término y la desproporción céfalo pélvica.

En un estudio observacional analítico de tipo caso-control de 113 adolescentes realizado en Cuba se demostró que la frecuencia de la diabetes gestacional en las adolescentes fue baja (2,7 %) (28) En el presente estudio es de 7,1%.

Macias C. Murillo E en su estudio muestran 180 embarazadas, se observó complicaciones en 30 de ellas, que correspondió un 6% a anemia, el 5% a IVU, un 3% a pre eclampsia, un 2% a RPM, un 1% a hemorragias, y otro 1% a otras complicaciones como la depresión materna post-parto, no observándose ninguna muerte materna, sin embargo el 82% no tuvieron complicaciones. Las complicaciones fetales fueron escasas, entre las más frecuentes el 4% a los abortos, el 3% a circulares de cordón, un 1% al sufrimiento fetal, un 1% a malformaciones y el 1% a otras complicaciones, no se observa muertes neonatales más bien una baja

incidencia de complicaciones en comparación con estadísticas de otros establecimientos de la ciudad. (29)

Guamachi J. en su estudio se obtuvieron los siguientes resultados de 2400 eventos obstétricos atendidos durante el período de estudio 415 fueron embarazos en adolescentes determinando un 17,29%. El 96% hospitalización de 1 a 5 días; complicaciones obstétricas, aborto incompleto 19%, y desproporción cefalopélvica 19%, amenaza de parto prematuro 12%, infección de vías urinarias 12% y presentación fetal distócica 12%; pre eclampsia 8%, expulsivo prolongado 5%, aborto diferido 4%, embarazo ectópico 3% y mortalidad fetal 3%; hipertensión inducida por el embarazo 2%; eclampsia 1%. (30)

Guzman M. en su estudio obtuvo los siguientes resultados: Ruptura prematura de membranas 11.68%; Desproporción cefalopélvica 7.50%, Oligohidramnios 7.07%, Amenaza de Parto Pretérmino 3.07% del total de las complicaciones. (31)

Refiriéndonos en forma general a la morbilidad sin tomar en cuenta la forma en que culmina el embarazo, en las embarazadas adolescentes y no adolescentes, el comportamiento es similar y se puede aceptar que no hay diferencia entre proporciones: las diez primeras causas de morbilidad son: Hipertensión inducida por el embarazo, infección del tracto urinario, flujo vaginal, amenaza de parto prematuro, parto prematuro, hipoglucemia al momento del parto, anemia, ruptura prematura de membranas, pelvis estrecha, diabetes gestacional.

En los últimas décadas ha existido controversia acerca de si los resultados obstétricos adversos de las gestantes adolescentes son particularmente atribuibles al hecho biológico de la edad materna o si son más que todo consecuencia de factores demográficos deletéreos generalmente más prevalentes en este grupo de mujeres. Se ha señalado a la edad materna adolescente como un factor de riesgo para el desarrollo de diversas complicaciones y eventos adversos en la gestación tanto fetales como maternos. De los señalados, muchos son cuestión de debate; sin embargo, de todas las complicaciones la que más se ha aceptado es la ocurrencia de parto pre término, la cual está ampliamente demostrada en diversos estudios,

siendo la más fuertemente asociada a la adolescencia. Sin embargo no se encuentra en el presente estudio.

8. CONCLUSIONES.

Las causas de morbilidad en gestantes adolescentes comparadas con las no adolescentes atendidas en el servicio de gineco-obstetricia del Hospital Juan XXIII de la ciudad de La Paz, en un periodo comprendido entre agosto de 2012 a Julio 2013 son similares.

La incidencia de embarazadas adolescentes en este periodo es de 198 comprendidas entre los 10 a 19 años.

La prevalencia de morbilidad en gestantes adolescentes comparadas a las gestantes no adolescentes son similares, siendo estas: Hipertensión arterial 43,4% y 43,3% respectivamente, con un valor estadístico de 0,001 y p>0,05. Infección del tracto urinario 30,3% y 28,3% respectivamente, valor estadístico 0,288 y p > 0,05. Flujo vaginal 18,7% y 20,1%, valor estadístico 0,182 y p > 0,05. Amenaza de parto prematuro 16,2% y 13,8% con un valor estadístico de 0,694 y p > 0,05. Parto prematuro 12,1% y 10,3%, con un valor estadístico de 0,521 y p > 0,05. Hipoglucemia al momento del parto 11,6% y 8,6% con un valor estadístico de 1,693 p > 0,05. Anemia 10,6% y 10,8 con un valor estadístico de 0,004 y p > 0,05. Ruptura prematura de membrana 9,6% y 7,8% con un valor estadístico de 0,621 y p > 0,05. Pelvis estrecha 7,6% y 5,8% con un valor estadístico de 0,82 y p > 0,05. Diabetes gestacional 7,1% y 6,5% respectivamente con un valor estadístico de 0,069 y p > 0,05.

La morbilidad de gestantes adolescentes comparadas con no adolescentes son similares. Esto es muy importante porque la población que es atendida por el Hospital Juan XXIII no presenta los factores de morbilidad señalados ampliamente en la bibliografía nacional e internacional.

9. RECOMENDACIONES:

Se recomienda realizar un estudio similar en un hospital del norte del Estado Plurinacional de Bolivia, para comparar el comportamiento epidemiológico de morbilidad entre estas regiones y estar más cerca del comportamiento de la morbilidad en el país. Considerando que en Bolivia se encuentran tres pisos ecológicos y que es un estado plurinacional con costumbres diferentes.

Investigar hábitos alimenticios en esta población para poder llegar a las causas relacionadas a la hipertensión inducida en el embarazo.

10. BIBLIOGRAFIA.

1. http://eldiario.net/noticias/2010/2010_12/nt101204/4_04scd.php.
2. UNFPA Bolivia, Embarazo de adolescentes en Bolivia y el mundo, día mundial de la población 2013, Julio 11, p 1, 3, 5, 6.
3. http://www.ossyr.org.ar/pdf/hojas_informativas/hoja_3.pdf
4. http://scielo.sld.cu/pdf/rpr/v10n3/rpr06306.pdf
5. FLORES Ma René, Implementación de la unidad de terapia intensiva neonatal en el hospital Municipal Boliviano Holandés. Un soporte trascendental para la reducción de la mortalidad neonatal en el Municipio de El Alto. Cooperación Técnica Belga – Proyecto de Salud El Alto, 2011.
6. Rodríguez G, Delgado J, Pérez. Experiencia de 12 años de trabajo en la atención de adolescente obstétrica críticamente enferma en la unidad de cuidados intensivo. Rev. Cubana Obstet. Ginecol 1999: 25(3): 141-5.
7. Pizarro AM. Morbimortalidad Materna y perinatal medidas de cuidados intensivos Hospital Bertha Calderón. Rev. Hospital Bertha Calderón 2001.
8. Bolzan A, Norry M. Perfil epidemiológico de la embarazada adolescente en el Municipio de la Costa, Prov. De Bs. As, Argentina. Rev Soc Argent Ginecol Infanto Juvenil 2001; 8(1):18-24.
9. Bolivia. Ministerio de Salud y Deportes. Dirección General de Planificación Agenda nacional de prioridades de investigación en salud Bolivia./Ministerio de Salud y Deportes; Germán Crespo Infantes, Tara Bickis; Antonia Angulo Tuesta. Coaut. La Paz - Presencia, 2009: 31, 34
10. Balestena Sánchez Jorge M, Márquez Suárez Dagoberto, Pastrana Roman Irene, Fernández Alech Rogelio, Pérez Labrador Joaquín. Algunos aspectos epidemiológicos en la morbilidad obstétrica crítica. Rev. Ciencias Médicas [revista en la Internet]. 2006 Dic [citado 2014 Oct 20]; 10(3): 51-60. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942006000300006&lng=es
11. Pizarro AM. Morbimortalidad Materna y perinatal medidas de cuidados intensivos Hospital Bertha Calderón. Rev. Hospital Bertha Calderón 2001.
12. Organización Panamericana de la Salud (OPS), Centro latinoamericano de Perinatología, Salud de la Mujer y Reproductiva, disponible en:

http://www.clap.opsoms.org/web_2005/estadisticas%20de%20la%20region/textos/e35%206-8%20Embarazo%20Adolescente.htm

13. Plan Nacional de Juventudes "Jóvenes unidos/as por el cambio, 2008 – 2012, p 27 La Paz, Bolivia.

14. López Nodarse M, Flores Madam M, Roche Pérez C. Embarazo en la adolescencia. Resultados de dos. I Parte. Rev Sexol Soc 1996; 2(4):12.

15. Castro Santoro R. Adolescente embarazada: aspectos orgánicos. Embarazos en adolescentes. Diagnóstico 1991. Santiago de Chile: SERNAM UNICEF, 1992.

16. Elster AB, Lamb ME. The medical and psycosocial impact of a comprehensive care on adolescent pregnancy and parenthood. JAMA 1987;258:1187-92.

17. Peláez M J. Adolescente embarazada. Características y riesgos. En: Obstetricia y Ginecología Infanto Juvenil. Su importancia. La Habana, SOCUDEF 1996: 61-3.

18. Varas JC, Schmied P, Wilma. Embarazo y parto en adolescentes. Rev Chil Obstet Ginecol 2001;66(3): 171-4.

19. Pelaez JM, Sarmiento Barcelo JA, Osa Cornesa R de la; Zambrano AC. Cesárea en la Adolescente: Morbilidad Materna y Perinatal. Rev Cubana Obstet Ginecol 1996; 22(1):45-52.

20. Bolzan A, Norry M. Perfil epidemiológico de embarazadas adolescentes en el Municipio de La Costa, Prov. de Bs. As, Argentina. Rev. Soc. Argent. Ginecol. Infanto Juvenil. 2001; 8(1):18-24.

21. Yu-Tang J. Complicaciones Perinatales y Via de Parto en Recién Nacidos de Madres Adolescentes Tempranas y Tardias, 1995 - 1997. Ann Fac Med (Peru) 2000; 61(1): 46-50.

22. Vázquez AM, Guerra CV, Herrera VV, Cruz SCh, Almiral Ach. Embarazo y adolescencia. Factores biológicos maternos y perinatales más frecuentes. Rev Cubana Obstet Ginecol 2001; 27 (2): 158-164.

23. Tay Kcont F, Puell LR, Neyra L, Seminario A. Embarazo en adolescentes: complicaciones obstétricas. Ginecol Obstet 1999; 5(3):179-82.

24. Hernández JC, Alonso DH, Rodríguez MP, Homma JC, Díaz IO, Suárez RO. Embarazo y adolescencia y su influencia en los indicadores perinatales en dos hospitales ginecobstétricos. Disponible en URL: bvs.sld.cu/revistas/gin/vol29-3-03/gin04303.htm.

25. Pereira LS, Plascencia JL, Ahued RA, García CB, Priego PI, Gómez CA. Morbilidad materna en la adolescente embarazada. Ginecol Obstet Mex. 2002; 70(6): 270-4.

26. Lopez E. Complicaciones obstétricas en adolescentes atendidas en el servicio de obstetricia del Hospital "Homero Castanier Crespo" en el periodo Enero – Diciembre 2008. P 55.

27. Chumi A, Guerrero J, Illescas C. Prevalencia de patologías obstétricas en adolescentes embarazadas del servicio de ginecología-obstetricia del Hospital Regional de Cuenca "Vicente Corral Moscoso" periodo abril 2006 – abril 2008. Cuenca Ecuador 2008.

28. Rimbao G, Cruz J, Safora O. Comportamiento de la diabetes gestacional en el embarazo en la adolescencia, ref cubana de med Gen Integ 23(3), Cuba 2007 disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol23_3_07/mgi08307.htm

29. Macias C, Murillo E. Embarazo En Adolescentes De 10 A 19 Años De Edad Que Acuden A La Consulta De Gineco-Obstetricia Del Centro Materno Infantil De Andres De Vera De Enero A Septiembre Del 2010, Portoviejo Julio 2011. P 63.

30. Guachamin J. Embarazo En La Adolescencia Y Sus Complicaciones Clínico-Quirúrgicas Hospital Provincial General De Latacunga. Septiembre 2009-Marzo 2010. P 3.

31. Guzman M. Complicaciones Obstètricas En Las Adolescentes Embarazadas Atendidas En El Hospital De La Mujer De Morelia, Del Año 2004 Al 2008, P 37.

ANEXOS

TABLA 4

CRONOGRAMA DE TRABAJO

		Marzo	Junio	Septiembre	Diciembre	Enero	Febrero	Julio	Marzo	Abril	Mayo	Agosto	Septiembre	Octubre
TALLERES METSIBO	TRABAJO TESIS	2012	2012	2012	2012	2013	2013	2013	2014	2014	2014	2014	2014	2014
1er taller tesis	Inicio investigación científica													
	Propuesta tema tesis													
2do taller tesis	Redactar introducción al estudio													
	Redactar hipótesis del estudio													
	Redactar objetivos dels estudio													
3er taller de tesis	Diseñar tipo estudio													
	Redactar metodología estudio													
	Predefensa tesis*													
	Presentar estudio comite bioética													
	Iniciar recogida datos													
4to / 5to taller tesis	Análisis de datos													
	Redactar resultados obtenidos													
	Redactar discusión resultados													
	Complementar bibliografia**													
	Revisar tesis (tutores)													
	Presentar tesis													

Tiempo trabajo alumno-tutores

Entrega documentos a tutores

CUADRO 2, 3, 4

ANALISIS DE MORBILIDAD GESTANTE ADOLESCENTE Y NO ADOLESCENTES

ANALISIS DE COMPARACION VACUNA ANTITETANICA, PAPANICOLAOU, VIH SOLICITADO EN GESTANTES ADOLESCENTES Y NO ADOLESCENTES

AGOSTO 2012 – JULIO 2013

VACUNA ANTITETANICA[a]

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	si	105	53,0	53,0	53,0
	no	93	47,0	47,0	100,0
	Total	198	100,0	100,0	

a. Edad por grupos = Adolescente

VACUNA ANTITETANICA[a]

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	si	378	54,9	54,9	54,9
	no	310	45,1	45,1	100,0
	Total	688	100,0	100,0	

a. Edad por grupos = No adolescente

PAPANICOLAOU[a]

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	si	51	25,8	25,8	25,8
	no	147	74,2	74,2	100,0
	Total	198	100,0	100,0	

a. Edad por grupos = Adolescente

PAPANICOLAOU[a]

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	si	185	26,9	26,9	26,9
	no	503	73,1	73,1	100,0
	Total	688	100,0	100,0	

a. Edad por grupos = No adolescente

VIH SOLICITADO[a]

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	si	74	37,4	37,4	37,4
	no	124	62,6	62,6	100,0
	Total	198	100,0	100,0	

a. Edad por grupos = Adolescente

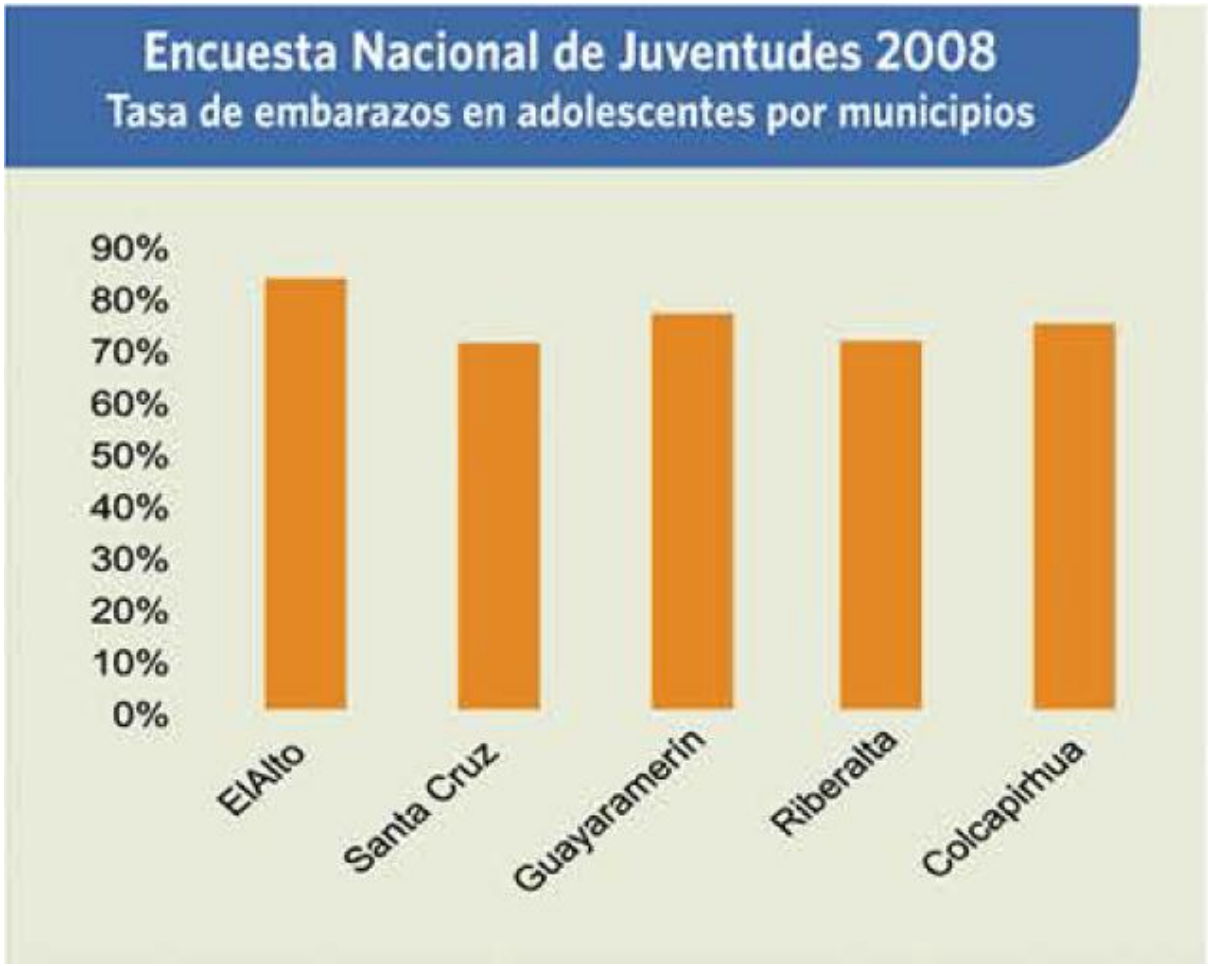
VIH SOLICITADO[a]

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	si	274	39,8	39,8	39,8
	no	414	60,2	60,2	100,0
	Total	688	100,0	100,0	

a. Edad por grupos = No adolescente

FIGURA 12

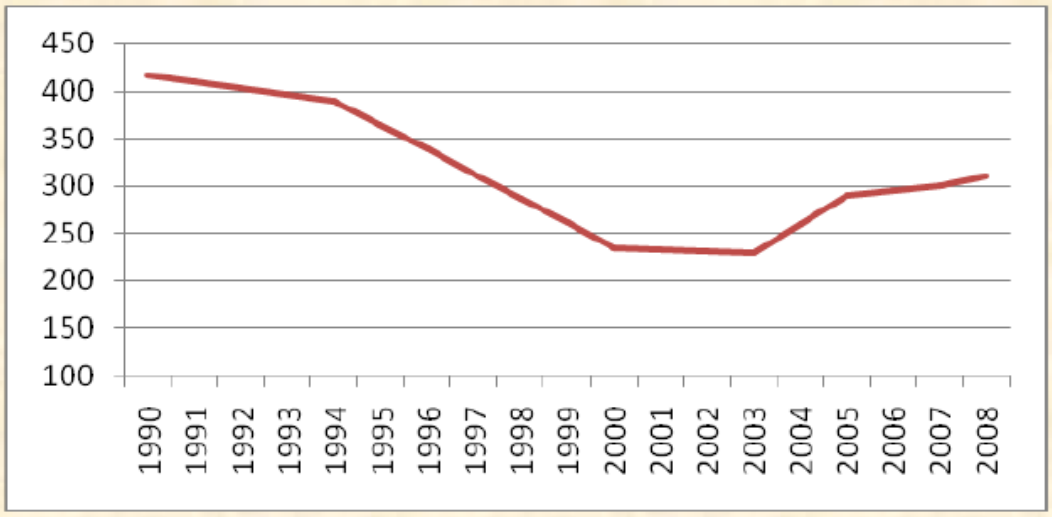
TASA DE EMBARAZOS EN ADOLESCENTES POR MUNICIPIOS



Fuente: Cartilla día mundial de la población 2013.

FIGURA 13

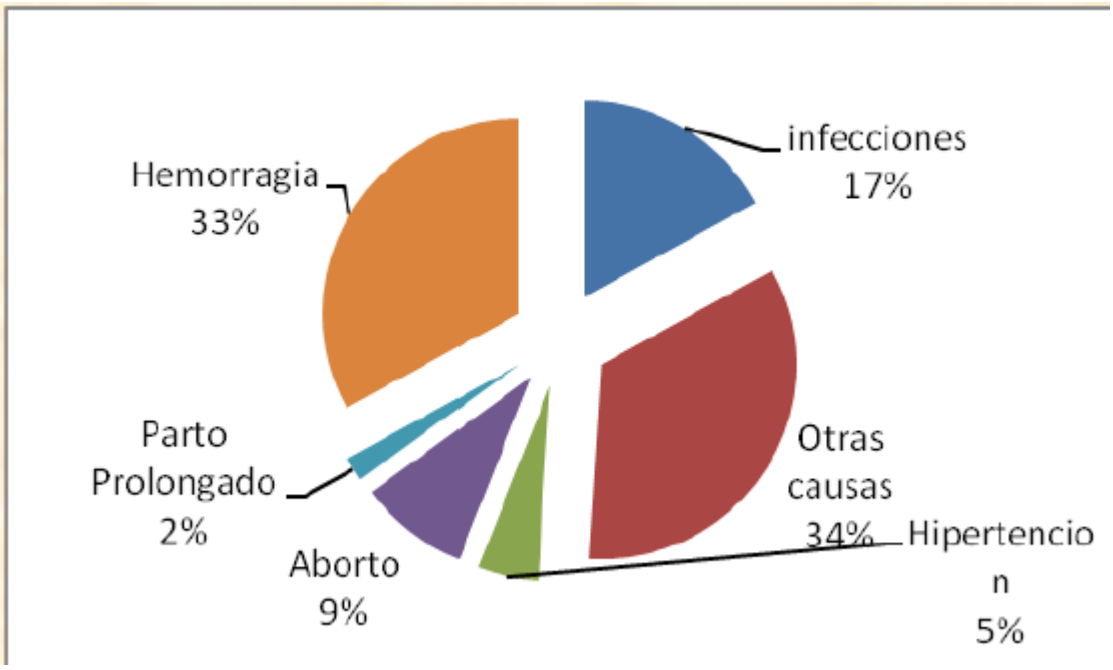
Estimación de la evolución de la Razón de Mortalidad Materna en Bolivia, según diferentes fuentes, 1990 - 2008 (Por 100,000 n.v.)



Fuente: UDAPE-CIMDM, 2006. En base a ENDSA 1994, 1998 y 2003, INE.

FIGURA 14

DISTRIBUCIÓN DE LAS CAUSAS DE MORTALIDAD MATERNA EN BOLIVIA, ENCUESTA POST CENSAL, 2003.



Fuente: Mortalidad materna vinculada con el aborto en Bolivia.

TABLA 5

POLITICAS DE SALUD PARA REDUCIR LA MORBI MORTALIDAD DE LA GESTANTE.

Acciones	Objetivo
Seguro Universal Materno Infantil (SUMI)	Reducir la mortalidad materno infantil
Plan Estratégico Nacional para Mejorar la Salud Materna, Perinatal y Neonatal 2009-2005	Fortalecer redes de salud con emergencia obstétrica neonatal para reducir la mortalidad de la niñez, de la infancia y la materna.
Bono Juana Azurduy	Incentivar a las mujeres y a los niños a utilizar los servicios de salud relacionados con la mortalidad materna-infantil y la desnutrición crónica en menores de dos años.
Adecuación intercultural del parto	Aproximar los servicios de salud a las madres indígenas, respetando sus costumbres y tradiciones.
Salud sexual y reproductiva	Proveer consejería en salud sexual y reproductiva en los establecimientos de salud. Incorporar en la currícula educativa para niños y niñas el tema de salud sexual y reproductiva en un marco intercultural.
Fortalecimiento de las redes de servicios de salud	Mejorar el sistema de referencia y retorno, para tener mejor capacidad de respuesta del sector en emergencias obstétricas.

Fuente UDAPE (2010)

TABLA 6

Población adolescente y joven según temas de educación sexual recibida

Descripción	Repro-duccion	Planificacion familiar	Derechos reproduc-tivos	Violencia sexual	VIH/ SIDA	Ningún tema	Otros
Ciudad							
La Paz	83	64	46	43	72	7	0
El Alto	51	43	24	22	56	18	0
Santa Cruz	57	47	27	20	69	14	0
Montero	62	73	24	42	78	9	0
Cochabamba	69	55	31	37	71	10	1
Colcapirhua	72	69	42	65	72	12	0
Sacaba	60	51	18	27	69	16	0
Quillacollo	64	59	41	57	73	10	0
Sucre	69	53	23	21	48	13	0
Tarija	73	55	42	52	66	6	0
Yacuiba	71	45	26	28	56	14	0
Oruro	68	58	21	20	70	16	0
Trinidad	56	66	26	35	79	6	0
Riberalta	50	41	23	27	53	20	0
Guayaramerin	53	51	28	32	71	14	1
Cobija	72	71	40	38	81	8	0
Potosi	59	47	33	31	68	14	1
Sexo							
Hombre	64	51	29	28	67	13	0
Mujer	64	54	31	31	66	12	0
Edad							
10-12	33	11	6	9	29	44	0
13-14	58	33	21	22	61	15	0
15-19	72	65	36	37	79	3	0
20-24	77	73	42	39	78	2	0
Total	**64**	**52**	**30**	**30**	**66**	**13**	**0**

Fuente: Encuesta Nacional de la Adolescencia y Juventud 2008

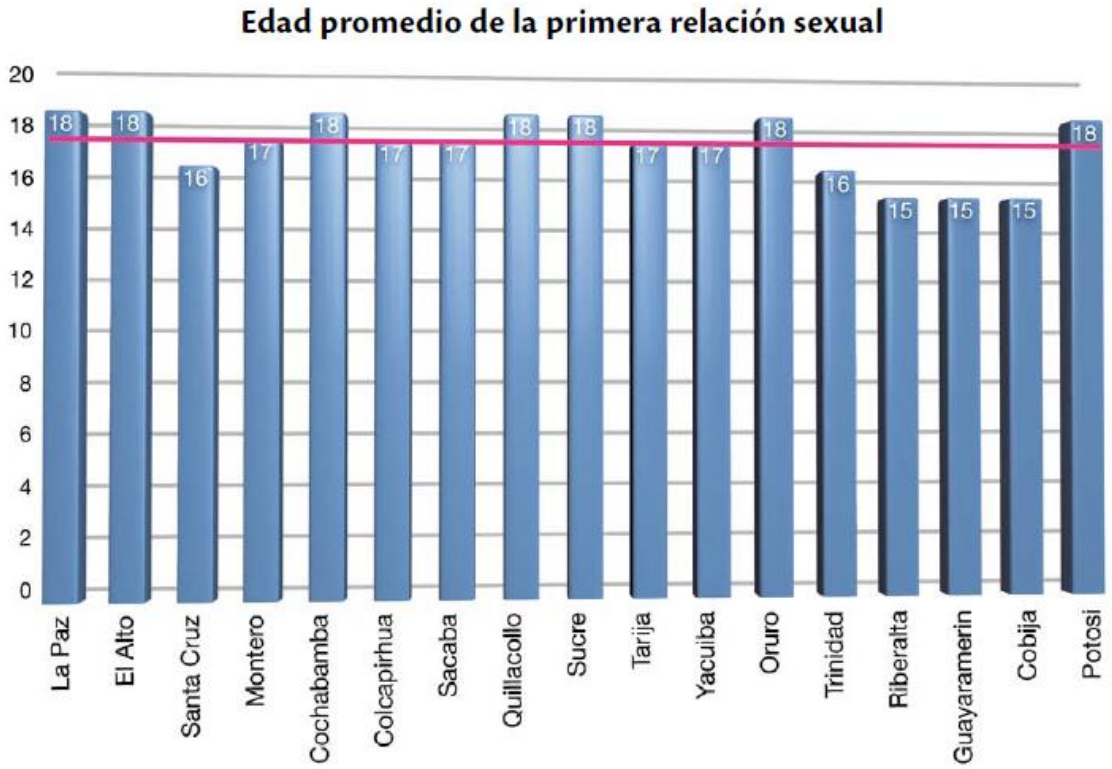
TABLA 7

Población adolescente y joven según métodos de anticoncepción que conoce

Descripción	Condón	Pastilla	Inyectable	DIU	Anticoncepción de Emergencia	Ningún método
Ciudad						
La Paz	83	57	25	23	6	16
El Alto	72	46	21	21	4	24
Santa Cruz	73	55	36	18	1	24
Montero	79	56	37	13	1	19
Cochabamba	78	55	24	20	6	21
Colcapirhua	77	55	31	21	6	21
Sacaba	71	43	14	16	1	28
Quillacollo	74	48	26	16	7	24
Sucre	75	45	24	21	7	24
Tarija	84	55	32	27	3	15
Yacuiba	76	52	30	15	4	23
Oruro	75	52	28	14	3	25
Trinidad	83	50	32	10	7	16
Riberalta	70	47	38	7	3	28
Guayaramerin	73	48	29	7	2	25
Cobija	86	50	41	18	4	13
Potosi	70	38	22	12	3	30
Sexo						
Hombre	76	46	21	14	4	23
Mujer	75	57	35	24	4	22
Edad						
10-12	23	6	3	0	0	76
13-14	65	29	12	7	1	33
15-19	92	64	32	20	4	5
20-24	96	76	47	35	8	2
Total	**76**	**52**	**28**	**19**	**4**	**22**

Fuente: Encuesta Nacional de la Adolescencia y Juventud 2008

FIGURA



FUENTE: Encuesta Nacional de Adolescencia y Juventud 2008.