

**UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS
FACULTAD DE MEDICINA ENFERMERIA NUTRICION
Y TECNOLOGIA MÉDICA
UNIDAD DE POST GRADO**



**CONOCIMIENTO SOBRE RIESGOS DEL EMBARAZO Y
CARACTERIZACIÓN OBSTÉTRICA EN GESTANTES ADOLESCENTES
HOSPITAL DE LA MUJER 3ER TRIMESTRE 2017**

POSTULANTE: Lic. Natividad Gloria Linares Gomez

Tutor: Dr. Rubén Araoz Santa Cruz

**TESIS DE GRADO PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE
MAESTRIA EN MATERNO PERINATAL SCIENTIARUM**

LA PAZ – BOLIVIA

2019

CONTENIDO

1.	INTRODUCCIÓN	1
2.	MARCO TEÓRICO	3
3.	MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL	5
3.1.	FASES Y TAREAS DE LA ADOLESCENCIA	5
3.2.	FISIOLOGÍA DE LA GESTACIÓN, DEFINICIÓN Y VISIÓN GENERAL	6
3.3.	EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA.....	6
3.4.	ETIOLOGÍA.....	6
3.5.	CARACTERÍSTICAS DE LOS PROGENITORES ADOLESCENTES	7
3.6.	DIAGNÓSTICO	8
3.6.1.	MANIFESTACIONES CLÍNICAS	8
3.6.2.	CONSIDERACIONES EN LA PRIMERA MITAD DE LA GESTACIÓN	10
3.6.3.	CONSIDERACIONES EN LA SEGUNDA MITAD DE LA GESTACIÓN	10
3.6.4.	CONSIDERACIONES EN EL PARTO Y PUERPERIO	11
3.6.5.	CAUSAS Y EFECTOS DEL EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA	11
3.6.5.1.	Complicaciones médicas para las madres y los neonatos	13
3.6.5.2.	Riesgo obstétrico	15
3.6.5.3.	Riesgo perinatal de adolescentes embarazadas	16
3.6.5.4.	Bajo peso al nacimiento	17
3.6.6.	CONSECUENCIAS PARA LA MADRE	17
3.6.6.1.	Educativas	17
3.6.6.2.	Consumo de sustancias	18
3.6.6.3.	Nuevos embarazos	18
3.6.6.4.	Consecuencias para los lactantes	18
3.6.7.	ASESORAMIENTO DEL EMBARAZO Y TRATAMIENTO INICIAL.....	19
3.6.8.	PREVENCIÓN DE EMBARAZOS EN ADOLESCENTES.....	20
3.7.	REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA.....	22
4.	JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN	30
5.	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	31
6.	PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	33
7.	HIPÓTESIS.....	34
8.	OBJETIVOS.....	35

OBJETIVO GENERAL	35
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	35
9. DISEÑO METODOLÓGICO	36
9.1. TIPO DE ESTUDIO	36
9.2. UNIVERSO	37
9.3. CRITERIOS DE SELECCIÓN.....	37
9.3.1. CRITERIOS DE INCLUSIÓN.....	37
9.3.2. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.....	37
9.4. UNIDAD DE ANÁLISIS.	37
9.5. POBLACIÓN DE ESTUDIO.	38
9.6. MUESTRA.....	38
9.6.1. MUESTREO	39
9.7. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	40
9.7.1. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES DEL OBJETIVO 1.....	40
9.7.2. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES DEL OBJETIVO 2.....	41
9.7.3. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES DEL OBJETIVO 3.....	43
9.7.4. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES DEL OBJETIVO 4.....	45
9.8. RECOLECCIÓN DE DATOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS.....	46
9.8.1. PLAN DE ANÁLISIS ESTADÍSTICO.....	46
9.8.2. ASPECTOS ÉTICOS DE LA INVESTIGACIÓN	48
10. RESULTADOS Y ANÁLISIS	50
10.1. PERFIL DEMOGRÁFICO, Y SOCIAL DE LAS EMBARAZADAS ADOLESCENTES.....	50
10.2. NÚMERO DE PARTOS, COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS Y ATENCIÓN PRE NATAL EN LAS EMBARAZADAS ADOLESCENTES.	55
10.2.1. NÚMERO DE PARTOS Y COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS	55
10.2.2. CONTROL PRE NATAL	58
10.3. CONOCIMIENTO SOBRE RIESGOS DEL EMBARAZO Y PANIFICACIÓN FAMILIAR EN ADOLESCENTES....	63
10.4. PERCEPCIÓN SOBRE LA INFORMACIÓN RECIBIDA POR EL PERSONAL DE SALUD.....	67
10.5. RELACIÓN ENTRE REINCIDENCIA DE EMBARAZO Y VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS EN ADOLESCENTES	70
11. DISCUSIÓN.....	71
12. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	73
12.1. CONCLUSIONES	73
12.2. RECOMENDACIONES.....	75
13. BIBLIOGRAFÍA.....	76

Índice de tablas

TABLA 1. GESTANTES ADOLESCENTES SEGÚN EDAD, HOSPITAL DE LA MUJER LA PAZ, 3ER TRIMESTRE 2017	50
TABLA 2. GESTANTES ADOLESCENTES SEGÚN EDAD Y ETAPAS DE LA ADOLESCENCIA, HOSPITAL DE LA MUJER LA PAZ, 3ER TRIMESTRE 2017	52
TABLA 3. GESTANTES ADOLESCENTES SEGÚN NIVEL DE ESTUDIOS, HOSPITAL DE LA MUJER LA PAZ, 3ER TRIMESTRE 2017	53
TABLA 4. GESTANTES ADOLESCENTES SEGÚN ESTADO CIVIL, HOSPITAL DE LA MUJER LA PAZ, 3ER TRIMESTRE 2017	54
TABLA 5. GESTANTES ADOLESCENTES SEGÚN NÚMERO DE PARTOS, HOSPITAL DE LA MUJER LA PAZ, 3ER TRIMESTRE 2017	55
TABLA 6. GESTANTES ADOLESCENTES SEGÚN PROPORCIÓN DE COMPLICACIONES, HOSPITAL DE LA MUJER LA PAZ, 3ER TRIMESTRE 2017	56
TABLA 7. GESTANTES ADOLESCENTES SEGÚN TIPO DE RIESGOS Y COMPLICACIONES, HOSPITAL DE LA MUJER LA PAZ, 3ER TRIMESTRE 2017	57
TABLA 8. GESTANTES ADOLESCENTES SEGÚN MOMENTO DEL 1ER CPN, HOSPITAL DE LA MUJER LA PAZ, 3ER TRIMESTRE 2017	58
TABLA 9. GESTANTES ADOLESCENTES SEGÚN EL NÚMERO DE CONTROLES PRE NATALES, HOSPITAL DE LA MUJER LA PAZ, 3ER TRIMESTRE 2017	60
TABLA 10. GESTANTES ADOLESCENTES SEGÚN REGISTRO DE PREPARACIÓN PARA EL PARTO, HOSPITAL DE LA MUJER LA PAZ, 3ER TRIMESTRE 2017	61
TABLA 11. GESTANTES ADOLESCENTES SEGÚN REGISTRO DE CONSEJERÍA EN LACTANCIA MATERNA, HOSPITAL DE LA MUJER LA PAZ, 3ER TRIMESTRE 2017	62
TABLA 12. GESTANTES ADOLESCENTES SEGÚN CONOCIMIENTO DE FACTORES DE RIESGO EN EL EMBARAZO, HOSPITAL DE LA MUJER LA PAZ, 3ER TRIMESTRE 2017	63
TABLA 13. GESTANTES ADOLESCENTES SEGÚN CONOCIMIENTO SOBRE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS, HOSPITAL DE LA MUJER LA PAZ, 3ER TRIMESTRE 2017	65
TABLA 14. GESTANTES ADOLESCENTES SEGÚN CONOCIMIENTO SEÑALES DE RIESGO EN EL EMBARAZO, HOSPITAL DE LA MUJER LA PAZ, 3ER TRIMESTRE 2017	66

TABLA 15. PERCEPCIÓN DE INFORMACIÓN SOBRE SIGNOS DE ALARMA EN EL EMBARAZO POR GESTANTES ADOLESCENTES, HOSPITAL DE LA MUJER LA PAZ, 3ER TRIMESTRE 2017	67
TABLA 16. PERCEPCIÓN DE INFORMACIÓN SOBRE SIGNOS DE ALARMA EN EL EMBARAZO POR GESTANTES ADOLESCENTES, HOSPITAL DE LA MUJER LA PAZ, 3ER TRIMESTRE 2017	68
TABLA 17. PERCEPCIÓN DE INFORMACIÓN SOBRE SIGNOS DE ALARMA EN EL EMBARAZO POR GESTANTES ADOLESCENTES, SEGÚN EDAD, HOSPITAL DE LA MUJER LA PAZ, 3ER TRIMESTRE 2017	69
TABLA 18. REINCIDENCIA DE EMBARAZO EN ADOLESCENTES, SEGÚN FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS, HOSPITAL DE LA MUJER LA PAZ, 3ER TRIMESTRE 2017	70

Índice de gráficos

GRÁFICO 1. GESTANTES ADOLESCENTES SEGÚN EDAD, HOSPITAL DE LA MUJER LA PAZ, 3ER TRIMESTRE 2017	51
GRÁFICO 2. GESTANTES ADOLESCENTES SEGÚN EL NÚMERO DE CONTROLES PRE NATALES, HOSPITAL DE LA MUJER LA PAZ, 3ER TRIMESTRE 2017 (N=120)	52
GRÁFICO 3. GESTANTES ADOLESCENTES SEGÚN NIVEL DE ESTUDIOS, HOSPITAL DE LA MUJER LA PAZ, 3ER TRIMESTRE 2017 (N=120)	53
GRÁFICO 4. GESTANTES ADOLESCENTES SEGÚN ESTADO CIVIL, HOSPITAL DE LA MUJER LA PAZ, 3ER TRIMESTRE 2017 (N=120)	54
GRÁFICO 5. GESTANTES ADOLESCENTES SEGÚN NÚMERO DE PARTOS, HOSPITAL DE LA MUJER LA PAZ, 3ER TRIMESTRE 2017 (N=120)	55
GRÁFICO 6. GESTANTES ADOLESCENTES SEGÚN PROPORCIÓN DE COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS, HOSPITAL DE LA MUJER LA PAZ, 3ER TRIMESTRE 2017 (N=120)	56
GRÁFICO 7. GESTANTES ADOLESCENTES SEGÚN TIPO DE COMPLICACIONES, HOSPITAL DE LA MUJER LA PAZ, 3ER TRIMESTRE 2017 (N=27).....	57
GRÁFICO 8. GESTANTES ADOLESCENTES SEGÚN MOMENTO DEL 1ER CPN, HOSPITAL DE LA MUJER LA PAZ, 3ER TRIMESTRE 2017 (N=120).....	58
GRÁFICO 9. GESTANTES ADOLESCENTES SEGÚN EL NÚMERO DE CONTROLES PRE NATALES, HOSPITAL DE LA MUJER LA PAZ, 3ER TRIMESTRE 2017 (N=120)	60
GRÁFICO 10. GESTANTES ADOLESCENTES SEGÚN REGISTRO DE PREPARACIÓN PARA EL PARTO, HOSPITAL DE LA MUJER LA PAZ, 3ER TRIMESTRE 2017 (N=120)	61
GRÁFICO 11. GESTANTES ADOLESCENTES SEGÚN REGISTRO DE CONSEJERÍA EN LACTANCIA MATERNA, HOSPITAL DE LA MUJER LA PAZ, 3ER TRIMESTRE 2017 (N=120)	62
GRÁFICO 12. GESTANTES ADOLESCENTES SEGÚN CONOCIMIENTO DE FACTORES DE RIESGO EN EL EMBARAZO, HOSPITAL DE LA MUJER LA PAZ, 3ER TRIMESTRE 2017 (N=120)	63
GRÁFICO 13. GESTANTES ADOLESCENTES SEGÚN CONOCIMIENTO SOBRE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS, HOSPITAL DE LA MUJER LA PAZ, 3ER TRIMESTRE 2017 (N=120).....	65
GRÁFICO 14. GESTANTES ADOLESCENTES SEGÚN CONOCIMIENTO SEÑALES DE RIESGO EN EL EMBARAZO, HOSPITAL DE LA MUJER LA PAZ, 3ER TRIMESTRE 2017 (N=120).....	66

GRÁFICO 15. PERCEPCIÓN DE INFORMACIÓN SOBRE SIGNOS DE ALARMA EN EL EMBARAZO
POR GESTANTES ADOLESCENTES, HOSPITAL DE LA MUJER LA PAZ, 3ER TRIMESTRE 2017
(N=120)..... 67

GRÁFICO 16. PERCEPCIÓN DE INFORMACIÓN SOBRE SIGNOS DE ALARMA EN EL EMBARAZO
POR GESTANTES ADOLESCENTES, HOSPITAL DE LA MUJER LA PAZ, 3ER TRIMESTRE 2017
(N=120)..... 68

ACRONIMOS

HDM	Hospital de La mujer
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONU	Organización de las Naciones Unidas
UNFPA	Fondo de Población de las Naciones Unidas
ARO	Alto Riesgo Obstétrico
CPN	Control Pre Natal
VIH	Virusa Inmunodeficiencia Adquirida
HCG	Gonadotropina Coriónica Humana
UCI	Unidad de Cuidados Intensivos
ITS	Infecciones de Transmisión Sexual
ENDSA	Encuesta nacional de Demografía y Salud
DE	Desviación Estándar
OR	Odds Ratio (Razón de Productos cruzados)

RESUMEN

El objetivo de la investigación fue determinar el conocimiento en las embarazadas adolescentes sobre los riesgos obstétricos y relacionar con variables sociodemográficas, mediante un estudio descriptivo correlacional, transversal, prospectivo y no experimental en el que se aplicó una encuesta de conocimientos sobre riesgo obstétrico a las gestantes adolescentes más levantamiento de datos de las condiciones sociodemográficas.

El promedio de edad es de 17,5 años, con una desviación Estándar (DE) de 1,4 años y un coeficiente de variabilidad del 7,9 %; la mayor proporción se concentra en gestantes de 18 a 19 años de edad con el 37,5 % y el 24,2 % respectivamente. El 98 % tiene un nivel de estudios de secundaria o universitaria; el 35 % se encuentra casada o en unión estable.

La reincidencia de embarazos es del 8 %, el 23 % presenta complicaciones durante el embarazo, de las que las más frecuentes son la hemorragia y la hipertensión inducida por el embarazo.

Solo el 24 % realiza su 1er CPN en el 1er trimestre de embarazo, el 7 % no se realiza ningún CPN, El 30 % Tiene menos de 4 CPN. El registro para preparación del parto y para consejería en lactancia materna es del 30 % y del 35 % respectivamente.

El nivel de conocimiento es deficiente ya que la mayoría de los ítems se encuentran por debajo del 50 %. Las adolescentes perciben en el 58 % que la información sobre signos de alarma es insuficiente y el 42 % percibe que no le explican sobre signos de alarma del embarazo adolescente, el 71 % en adolescentes menores de 16 años y el 35 % en mayores de 16 años ($p < 0,05$). Existe asociación entre factores socio demográficos y la reincidencia de embarazo en adolescentes ($p = 0,0003$; OR = 21,00)

Palabras clave: Conocimiento riesgo obstétrico gestantes adolescentes.

SUMMARY

The objective of the research was to determine the knowledge in adolescent pregnant women about obstetric risks and to relate them with sociodemographic variables, through a descriptive, correlational, cross-sectional, prospective and non-experimental study in which a knowledge survey on obstetric risk was applied to pregnant women. adolescents plus data collection of sociodemographic conditions.

The average age is 17.5 years, with a Standard deviation (SD) of 1.4 years and a coefficient of variability of 7.9%; the highest proportion is concentrated in pregnant women between 18 and 19 years of age with 37.5% and 24.2% respectively. 98% have a high school or university level of studies; 35% are married or in a stable union.

Recurrence of pregnancies is 8%, 23% present complications during pregnancy, of which the most frequent are hemorrhage and pregnancy-induced hypertension.

Only 24% perform their 1st CPN in the 1st trimester of pregnancy, 7% do not perform any CPN, 30% have less than 4 CPNs. The registry for labor preparation and breastfeeding counseling is 30% and 35% respectively.

The level of knowledge is deficient since most of the items are below 50%. The adolescents perceive in 58% that the information on warning signs is insufficient and 42% perceive that they do not explain about warning signs of adolescent pregnancy, 71% in adolescents under 16 years of age and 35% in those over 16 years ($p < 0.05$). There is an association between socio-demographic factors and the recurrence of pregnancy in adolescents ($p = 0.0003$; OR = 21.00)

Key words: Knowledge of obstetric risk in pregnant adolescents.

1. Introducción

El embarazo en adolescentes es un tema que requiere más educación y apoyo para alentar a las niñas a retrasar la maternidad hasta que estén preparadas.

(1) Unos 16 millones de adolescentes de 15 a 19 años y aproximadamente 1 millón de niñas menores de 15 años dan a luz cada año, la mayoría en países de ingresos bajos y medianos. Las complicaciones durante el embarazo y el parto son la segunda causa de muerte entre las adolescentes de 15 a 19 años en todo el mundo. Cada año, unos 3 millones de adolescentes de 15 a 19 años se someten a abortos peligrosos, los bebés de madres adolescentes se enfrentan a un riesgo considerablemente superior de morir que los nacidos de mujeres de 20 a 24 años (2)

Las niñas que quedan embarazadas antes de los 18 años rara vez pueden ejercer sus derechos a la educación, la salud, la protección y a un nivel de vida adecuado. Pierden su niñez, y deben asumir obligaciones de adultas. Adicionalmente, el riesgo de morir por causas relacionadas al embarazo se duplica si quedan embarazadas antes de los 15 años de edad. Proyecciones recientes plantean que la tasa de fecundidad adolescente en América Latina será la más alta del mundo, y que se mantendrá estable durante el periodo 2020 - 2100 (3)

En este contexto los médicos, el personal de enfermería y otros profesionales de atención médica pueden: proporcionar servicios confidenciales, respetuosos y culturalmente adecuados que satisfagan las necesidades de los pacientes adolescentes; alentar a los adolescentes que no son sexualmente activos a que sigan sin tener relaciones sexuales; ofrecer a los adolescentes sexualmente activos una amplia variedad de métodos anticonceptivos y alentarlos a que usen los más eficaces y aconsejar a los adolescentes acerca de la importancia del uso del condón para prevenir el embarazo y las enfermedades de transmisión sexual, como el VIH y el sida. (4)

Se estima que 16 millones de niñas de edades comprendidas entre los 15 y los 19 años dan a luz cada año, y un 95% de esos nacimientos se producen en países en desarrollo, Esto representa el 11% de todos los nacimientos en el mundo. Sin embargo, los promedios mundiales ocultan importantes diferencias regionales. Los partos en adolescentes como porcentaje de todos los partos oscilan entre alrededor del 2% en China y el 18% en América Latina y el Caribe. En todo el mundo, siete países representan por sí solos la mitad de todos los partos en adolescentes: Bangladesh, Brasil, la República Democrática del Congo, Etiopía, la India, Nigeria y los Estados Unidos de América.(19)

En Bolivia, la tasa de prevalencia de anticonceptivos modernos de mujeres en edad fértil es de 34,6%, mientras que solo el 12,5 % de adolescentes y jóvenes usa algún método anticonceptivo (ENDSA 2008). La tasa de embarazos adolescentes es de 21% (tasa de América Latina: 18.2%) Del 1/2 millón de mujeres entre los 15 y 19 años, el 18% ya son madres o están embarazadas Entre 2010 y 2011, el embarazo aumento de 18% a 25% entre los 12 y 18 años; Entre el 7% y 17% de los embarazos adolescentes en menores de 15 años se producen en contextos de violencia sexual; El aborto inseguro es la tercera causa de mortalidad materna; Alrededor de 185 abortos son practicados cada día, resultando aproximadamente de 70 mil abortos en 2010 (17)

Por lo mencionado el propósito de esta tesis es determinar cuáles son las principales consecuencias, en términos de riesgos y daños para la madre y el neonato del embarazo adolescente atendido en el HDM.

2. Marco teórico

La adolescencia fue considerada por largo tiempo sólo como un tránsito entre la niñez y la adultez, sin dedicarle mayor interés. En la actualidad, se considera como una etapa de la vida del ser humano donde ocurren complejos cambios biológicos, psicológicos y sociales que provocan que sea cada vez más necesario dedicarle nuestra atención, ya que durante ésta se producen importantes cambios fisiológicos, somáticos, mentales, emocionales y sociales que conducen al individuo hacia la madurez del adulto.

Por otra parte, la evolución de la madurez biológica, psicológica y social se ha ido separando progresivamente con el paso de los años. En lo biológico se observa claramente un descenso en la edad de la menarquía, lo que le permite a la adolescente ser madre en edades tan tempranas como a los 11 años.

La madurez psicosocial, en cambio, tiende a desplazarse a edades más avanzadas debido al largo proceso de preparación que requiere un adolescente para llegar a ser autovalente en ambos sentidos.

Ruoti³ plantea que el embarazo en cualquier edad constituye un hecho biopsicosocial muy importante, pero la adolescencia conlleva a una serie de situaciones que pueden atentar tanto contra la salud de la madre como la del hijo, y constituirse en un problema de salud, que no debe ser considerado solamente en términos del presente, sino del futuro, por las complicaciones que acarrea.

Es una cuestión ampliamente reconocida en el campo de la salud el hecho que la fecundidad presenta mayores riesgos asociados, tanto para la madre como para su hijo, cuando se ejerce en las edades extremas de la vida reproductiva de la mujer. La mortalidad relacionada con la reproducción (materna, fetal tardía, neonatal e infantil) presenta tasas más altas en las madres menores de 20 y en las mayores de 35 años, lo que determina la clásica morfología descrita como "Curva en J" o "en V" en los países de mayores tasas de mortalidad en el grupo de menores de 20 años (5)

Las características del desarrollo psicosocial normal en la adolescencia son el resultado de la interacción entre el desarrollo alcanzado en las etapas previas del ciclo vital, factores biológicos inherentes a esta etapa (el desarrollo puberal y el desarrollo cerebral propio de este período, fenómeno a la vez relacionado en parte con los cambios hormonales de la pubertad) y la influencia de múltiples determinantes sociales y culturales. En las últimas décadas se ha avanzado significativamente en el conocimiento del desarrollo cerebral que ocurre en esta etapa y su relación con las conductas de los adolescentes^{8,9}, cuyo análisis escapa al propósito de este artículo.

Existe escaso consenso respecto a cuándo comienza y finaliza la adolescencia, entre otras cosas, porque si bien su inicio se asocia generalmente a fenómenos biológicos (pubertad) y su término a hitos psicosociales (adopción de roles y responsabilidades de la adultez), hay gran variabilidad individual en las edades en que ambos se producen. Aún así, resulta claro que esta etapa se ha prolongado por el adelanto de la pubertad evidenciado durante el siglo XX (relacionado con mejoras en la higiene, nutrición y salud infantil) y en especial por el retraso que se ha producido en el logro de la madurez social. Hoy en día los jóvenes demoran más tiempo en completar su educación, lo que retarda su incorporación a un trabajo estable y con ello la adquisición de su independencia y la adopción de roles propios de la adultez.

La adolescencia ha sido definida tradicionalmente por la Organización Mundial de la Salud como el período comprendido entre los 10 y 19 años de edad

3. Marco teórico conceptual

3.1. Fases y tareas de la adolescencia

Ningún esquema único de desarrollo psicosocial puede aplicarse a todo joven, pues la adolescencia constituye un proceso altamente variable en cuanto al crecimiento y desarrollo biológico, psicológico y social de las diversas personas. Además de las diferencias en cuanto a la edad en que los jóvenes inician y terminan su adolescencia, las variaciones individuales en la progresión a través de las etapas que a continuación describiremos pueden ser sustanciales. Así también, el proceso puede ser asincrónico en sus distintos aspectos (biológico, emocional, intelectual y social) y no ocurrir como un continuo, sino presentar períodos frecuentes de regresión en relación con estresores. Además, muestra diferencias y especificidades derivadas de factores como el sexo y etnia del joven, y del ambiente en que se produce (urbano o rural, nivel socioeconómico y educacional, tipo de cultura, etc.).

Aun teniendo en cuenta las limitaciones previas, el desarrollo psicosocial en la adolescencia presenta en general características comunes y un patrón progresivo de 3 fases. No existe uniformidad en la terminología utilizada para designar estas etapas, sin embargo, lo más tradicional ha sido denominarlas adolescencia temprana, media y tardía. Tampoco existe homogeneidad respecto a los rangos etarios que comprenderían, sin embargo, estos serían aproximadamente los siguientes:

- Adolescencia temprana: desde los 10 a los 13-14 años.
- Adolescencia media: desde los 14-15 a los 16-17 años.
- Adolescencia tardía: desde los 17-18 años en adelante.

Estas fases, que se abordarán en detalle posteriormente, se dan habitualmente de manera más precoz en las mujeres que en los hombres debido a que ellas inician antes su pubertad, y los cambios que involucran aumentan en complejidad a medida que los adolescentes progresan de una a otra. (6)

3.2. Fisiología de la gestación, definición y visión General

Para la organización mundial de la salud (OMS) el embarazo o gravidez (del latín gravitas) se define como el período que abarca desde el momento de terminada la implantación del blastocito en la cavidad uterina (5 o 6 días después de la fecundación es implantado el blastocito y finaliza los días 12-16 después de la fecundación) hasta el momento del parto. Los cambios fisiológicos que se producen en la mujer se presentan con la finalidad de suplir las necesidades del feto para su nutrición y un adecuado crecimiento.

El período de gestación en la mujer es variable, se estima que la duración aproximada es entre 267 días (38 semanas) tras la fecundación o 282 días (40 semanas) tras la fecha de la última regla. La duración de la gestación puede variar de acuerdo a la nuliparidad o multiparidad y la raza, siendo menor en las mujeres multíparas y en gestantes de raza negra en dos y siete días menos respectivamente. En cambio, no existe diferencia con la edad materna, sexo del feto, abortos previos, sangrado vaginal antes de las 24 semanas. (7)

3.3. Embarazo en la adolescencia

Se considera embarazo en la adolescencia al que se produce en las mujeres de 10 a 19 años (OMS, establecimiento de adolescencia). En el tercer mundo (África central, Centroamérica e India) es un suceso normal, habitualmente celebrado, con una incidencia que ronda el 10-20 %. En el mundo desarrollado se vive, sin embargo, como un problema social (embarazos no deseados), que finaliza en el 50 % de los casos con una interrupción del embarazo. Su incidencia es mayor en Europa del este y en Estados Unidos (5-10 %), menor en Europa meridional y Holanda (1-3 %) y mínima en Japón y Corea del Sur (menos del 1 %). (8)

3.4. Etiología

En los países desarrollados que apoyan el acceso a la protección frente al embarazo y las infecciones de transmisión sexual (ITS), las adolescentes

mayores tienden a usar más anticonceptivos hormonales y preservativos, y, por tanto, las tasas de embarazos no deseados son menores. Las adolescentes más jóvenes preparan menos y con menos lógica sus decisiones sexuales que los adultos, y su actividad sexual es c<m más frecuencia esporádica o incluso forzada, lo que contribuye a un menor uso de métodos de anticoncepción y un mayor riesgo de embarazo no deseado. Las mejores expectativas laborales y un objetivo educativo superior conllevan una menor probabilidad de embarazos. En los países no industrializados, las leyes que permiten el matrimonio entre adolescentes, la pobreza y la escasa educación de las mujeres se asocian con unas tasas mayores de embarazos de adolescentes.

3.5. Características de los progenitores adolescentes

Las mujeres jóvenes que son madres en la adolescencia suelen proceder de familias económicamente desfavorecidas. Aunque la natalidad en las adolescentes afroamericanas e hispanas haya disminuido en la última década, todavía es más del doble que la de las adolescentes blancas no hispanas. Las madres adolescentes suelen tener un rendimiento escolar bajo antes de quedarse embarazadas y sus familias suelen tener un nivel educativo bajo. Las discapacidades del aprendizaje no son infrecuentes.

A menudo, estas madres provienen de familias monoparentales donde su propia madre tuvo un hijo durante la adolescencia. Una gran mayoría (84%) de madres adolescentes tiene un hijo extramatrimonial. Es posible que vean el embarazo con un valor social positivo que no interfiere con sus objetivos a largo plazo. Los adolescentes que se convierten en padres tienen un rendimiento escolar peor que sus compañeros. Es más probable que se hayan visto implicados en actividades ilegales y que hayan consumido sustancias no permitidas. Los varones adultos que son los padres de los niños de madres adolescentes son más pobres y tienen un nivel educativo menor que los varones de su misma edad y tienden a ser 2-3 años mayores que la madre,

aunque puede existir cualquier combinación de diferencia de edad. Las madres adolescentes más jóvenes suelen tener una mayor diferencia de edad con respecto al padre del niño, lo que hace pensar en sexo forzado o una situación de relaciones sexuales con una menor.

Las parejas masculinas tienen una influencia significativa sobre la decisión de la mujer y su deseo de quedarse embarazada, así como de criar a su hijo. La inclusión de la pareja masculina, con sensibilidad y de forma adecuada, en las charlas sobre planificación familiar, anticoncepción y opciones para el embarazo pueden ser una estrategia útil para mejorar los resultados de todas las partes implicadas.

3.6. Diagnóstico

3.6.1. Manifestaciones clínicas

Las adolescentes pueden experimentar los síntomas tradicionales del embarazo: malestar matutino (vómitos, náuseas durante cualquier momento del día), mamas tensas y dolorosas, incremento de peso y amenorrea. El cuadro suele ser más vago. La aparición de cefalea, cansancio, dolor abdominal, mareo o una menstruación irregular o escasa son síntomas iniciales frecuentes.

En la consulta del pediatra, algunas adolescentes son reticentes a comentar sus temores de estar embarazadas. La negación de relaciones sexuales o las irregularidades de la menstruación no deben descartar este diagnóstico cuando la anamnesis o la información clínica así lo indiquen. Una solicitud imprevista de una revisión completa o una consulta de anticoncepción pueden poner de manifiesto una sospecha de gestación. El embarazo sigue siendo el diagnóstico más habitual en una adolescente con amenorrea secundaria.

En la exploración física, el incremento del tamaño uterino, cianosis del cuello uterino (signo de Chadwick), un útero blando (signo de Hegar) o un cuello blando (signo de Goodell) son signos muy indicativos de una gestación intrauterina. Siempre se debe solicitar una prueba de embarazo para confirmar

el diagnóstico, ya sea *cualitativa* o *cuantitativa*. Los métodos urinarios cuantitativos modernos de detección son eficaces para detectar el embarazo, tanto si se realicen en el domicilio como en la consulta. Estas pruebas se basan en la detección de la subunidad beta de la gonadotropina coriónica humana (hCG). Aunque la publicidad de las pruebas de embarazo que se venden sin receta afirma que tienen un 98% de detección el primer día de retraso del período menstrual, su sensibilidad y precisión son muy variables. Las pruebas en la consulta o en un centro asistencial han aumentado su estandarización y suelen tener una mayor sensibilidad, con la posibilidad de detectar el embarazo a los 3 o 4 días de la implantación. Sin embargo, en cualquier ciclo menstrual la ovulación puede retrasarse y, en cualquier embarazo, el día de implantación puede variar considerablemente, al igual que la tasa de producción de hCG. Esta variabilidad, junto con la variación de la concentración urinaria, puede afectar a la sensibilidad de la prueba. Por tanto, todas las pruebas negativas deben repetirse en 1-4 semanas si existe una sospecha firme de embarazo. La prueba más sensible es un radioinmunoanálisis cuantitativo de p-hCG, cuyos resultados son fiables al cabo de 7 días de la fecundación. Esta prueba resulta más costosa y se suele utilizar ante un posible embarazo ectópico, una placenta retenida tras un aborto o en las gestaciones molares. Se suele utilizar cuando se requieren mediciones seriadas en el tratamiento clínico.

Aunque la ecografía pélvica o vaginal no suele emplearse para el diagnóstico primario del embarazo, se puede usar para detectar y fechar una gestación. La ecografía detectará un saco gestacional en torno a las 5-6 semanas (contadas desde el último período menstrual) y la ecografía vaginal a las 4,5 - 5 semanas. Esta herramienta también puede utilizarse para establecer el diagnóstico diferencial entre embarazos intrauterinos y ectópicos.

3.6.2. Consideraciones en la primera mitad de la gestación

La gestante adolescente presenta una biología aun en desarrollo, con una estatura menor y unos órganos genitales inmaduros. Suele alimentarse mal, por lo que tiende a ganar menos peso durante la gestación y a presentar problemas de adaptación sociales o familiares asociados a malos hábitos de salud (tabaquismo). A su vez, tiende a iniciar el control de la gestación mas tarde y no suele cumplir el régimen de visitas programadas.

Todos estos factores de riesgo deben identificarse, solicitando la intervención de los servicios sociales si se precisa. Además, la incidencia de aborto esta aumentada, así como la presencia de anemia, por lo que se le deben administrar suplementos vitamínicos.

Muchas de las anomalías fetales que se presentan con mayor frecuencia en la adolescente pueden ser detectadas en el primer trimestre. Destaca sobre todo la gastrosquisis y, en menor grado, el onfalocele, la anencefalia y las infecciones TORCH (corresponde a las iniciales en inglés de toxoplasmosis, rubeola, citomegalovirus, herpes simple y VIH), debido a la mayor frecuencia de seronegatividad frente a ellos. Otras también frecuentes como la atresia/estenosis tricuspidea, la hidrocefalia, las anomalías intestinales, los defectos de la implantación del pabellón auricular, el labio leporino, la hidronefrosis o la polidactilia pueden ser detectadas posteriormente en la semana 20.

3.6.3. Consideraciones en la segunda mitad de la gestación

Aunque existen patologías como la diabetes gestacional que presentan una menor incidencia en las gestantes adolescentes, la mayoría de los estudios señalan la existencia de un mayor riesgo de complicaciones obstétricas. Además, son más frecuentes cuanto menor sea la edad de la mujer, lo que denota que la base fisiopatológica puede ser la presencia de una gestación dentro de un organismo inmaduro.

Dentro de estas complicaciones destaca el parto pretermo, aunque también el bajo peso fetal, el retraso de crecimiento intrauterino, la enfermedad hipertensiva gestacional, la rotura prematura de membranas, la muerte fetal ante parto y las infecciones vaginales y urinarias. Es necesario realizar una prevención de dichas complicaciones, mejorando el ambiente sociocultural, incrementando el control materno-fetal y efectuando una profilaxis del parto pretermino (control cervical por ecografía y tratamiento con progesterona si procede).

3.6.4. Consideraciones en el parto y puerperio

Las gestantes adolescentes suelen presentar un parto de menor duración, con un menor requerimiento de oxitocina y con finalización espontánea. Sin embargo, se produce una mayor incidencia de líquido amniótico meconial, Apgar bajo, retraso de crecimiento intrauterino, ingreso en UCI pediátrica y muerte perinatal, por lo que es necesario extremar los controles intraparto. Tras el mismo, es más frecuente la aparición de endometritis y corioamnionitis, lo que aconsejaría administrar una profilaxis antibiótica y realizar una valoración clínica y ecográfica tras una semana.

Finalmente, tras el parto se debe tener en cuenta la posibilidad de una nueva gestación, por lo que debe asegurarse el inicio precoz y cumplimiento de la anticoncepción. Además, es frecuente que tras el parto la madre se encuentre en un ambiente poco propicio para el cuidado de su bebé y sin los recursos necesarios, lo que hace más probable la existencia de depresión postparto y pone en riesgo la atención al recién nacido. Estas circunstancias deben identificarse, recabando el apoyo familiar o la atención de la asistencia social en caso de ser necesaria. (8)

3.6.5. Causas y efectos del embarazo en la adolescencia

La fecundidad en personas jóvenes no es un nuevo problema de la salud pública. Los cambios de la fecundidad en la mayoría de los países en la región de las Américas, especialmente en los ubicados en el cono sur, se caracterizan

por un descenso mantenido de las tasas de fecundidad de los grupos etarios de mujeres por encima de los 30 años. Esta disminución alcanza proporciones muy importantes. Este fenómeno no es tan marcado en los grupos quinquenales menores de 19 años. En estas circunstancias, se produce una proporción relativamente más importante de los nacidos vivos de las madres menores de 19 años en comparación con las otras edades. Éste es el origen de un problema emergente. El problema emergente del embarazo a edad juvenil se hace evidente en todos los países de Latinoamérica y el Caribe, pues se asocia a la disminución de la importancia de otros problemas de la salud materno-infantil. (9)

Este problema lleva necesariamente al estudio de las conductas sexuales reproductivas del joven. La prevención del embarazo en parejas muy jóvenes con vida sexual activa se transforma en una actividad de los programas destinados a este grupo. Esto crea problemas adicionales de todo tipo para el prestador de servicios.

Junto a las adolescentes embarazadas, aparecen los padres adolescentes y con ello el componente "familia" de ambos progenitores, con en absoluta necesidad de enfrentarlos como parte de los programas regulares ya que no tienen la misma connotación que en su pareja adulta. El riesgo se acrecienta en el hijo de la madre adolescente, tanto por ser producto de un embarazo con alta frecuencia no esperando y con resultados en la proporción de un niño no deseado. Por lo tanto, su seguimiento debe ser objeto de programas especiales con el fin de prevenir su mayor morbilidad y mortalidad tanto por razones de enfermedades comunes como por maltrato y descuido en sus múltiples formas, en comparación con el hijo de una madre adulta. (9)

La experiencia nos dice que los abusos sexuales, en casi la mitad de los casos, se concentran en menores de edad. Esto se asocia en forma significativa a mayor morbilidad obstétrica y perinatal como también a mayor prevalencia de decisiones de entrega en adopción de los hijos de estas madres, con lo cual

se abarca otras áreas no consideradas en programas clásicos de salud materno-infantil.

El tema del embarazo repetido en adolescentes es otra realidad que alcanza aun mayor gravedad por sus consecuencias que el primer embarazo de la adolescente.

La discontinuidad de la educación o capacitación laboral en las adolescentes que se embarazan deja en forma significativa a gran cantidad de mujeres en la extrema pobreza por no poder acceder a trabajos mejor remunerados y transmite estas conductas y pobreza a sus hijos, siendo una causa importante de la transmisión generacional de la dependencia de la mujer y de su pobreza. Los programas clásicos de atención materno-infantil de adultas no son suficientes para cubrir las demandas de adolescentes embarazadas y las mismas actividades deben tener un enfoque diferente. Es necesario hablar del concepto de la adolescente embarazada, en el cual lo importante es la persona en su totalidad, con su entorno y realidad, y no sólo la concentración de las acciones en el proceso de crecimiento y desarrollo materno fetal. Es necesario ubicar estos programas en el contexto de programas de salud reproductiva del adolescente.

3.6.5.1. Complicaciones médicas para las madres y los neonatos

Aunque las adolescentes embarazadas presentan un riesgo superior a la media de tener ciertas complicaciones obstétricas, la mayoría de ellas no presenta ninguna complicación médica mayor y da a luz niños sanos. El riesgo de aborto/mortinato para las adolescentes se estima en un 15% y la tasa de interrupción voluntaria del embarazo ha permanecido bastante estable en alrededor del 3-3% desde 1995. Como era de esperar, las madres adolescentes tienen menores tasas de enfermedad crónica relacionada con la edad (diabetes o hipertensión) que puede afectar al resultado de la gestación. También son menos frecuentes los embarazos gemelares en comparación con las mujeres mayores. Toleran bien el parto con pocas intervenciones

quirúrgicas. Sin embargo, si se compara con las madres de 20-39 años, la incidencia de recién nacidos con muy bajo peso al nacer, recién nacidos prematuros, muertes neonatales, paso de una cantidad moderada a elevada de meconio fecal durante el parto y muertes de lactantes durante el primer año de vida es mayor en las adolescentes. La mayor tasa de peores resultados se observa en las madres más jóvenes y con peor nivel económico. La gastrosquisis, aunque es excepcional, tiene una incidencia marcadamente superior en los lactantes de madres adolescentes por motivos que aún no están claros. Las madres adolescentes también tienen mayores tasas de anemia, hipertensión asociada al embarazo y eclampsia; el porcentaje de hipertensión asociada al embarazo en las adolescentes más jóvenes es un 40% mayor que el de las mujeres de 20-30 años. Las adolescentes más jóvenes también tienen una mayor incidencia de escasa ganancia de peso durante el embarazo (menos de 7 kilos). Esto se correlaciona con una disminución del peso al nacer de sus hijos y también con unos malos cuidados prenatales o una inadecuada utilización de los cuidados prenatales. Además, las adolescentes sexualmente activas tienen una mayor incidencia de ITS que las mujeres mayores sexualmente activas.

Muchas mujeres jóvenes que se han quedado embarazadas han estado expuestas a la violencia o el abuso de cualquier tipo durante sus vidas. Existen ciertas evidencias de que las mayores tasas de violencia durante el embarazo se observan en las mujeres adolescentes. La violencia se asocia con lesiones y muerte, así como nacimientos prematuros, bajo peso al nacer, hemorragias, abuso de sustancias y un uso tardío de los cuidados prenatales. Un análisis del Sistema de Vigilancia de Mortalidad durante el Embarazo indica que entre 1991 y 1999, el homicidio fue la segunda causa de muerte relacionada con lesiones en mujeres embarazadas y después del parto. La tasa más alta de homicidio relacionada con el embarazo se observó en las mujeres de hasta 19 años.

La prematuridad y el bajo peso al nacer aumentan la morbimortalidad perinatal de los lactantes de madres adolescentes. Estos niños también presentan una incidencia mayor de síndrome de muerte súbita del lactante, posiblemente debido a un menor uso de la posición supina para dormir y tienen un mayor riesgo tanto de lesiones intencionadas como accidentales. Un estudio muestra que el riesgo de homicidio es 9-10 veces mayor si el niño nacido de una madre adolescente no es su primogénito en comparación con el riesgo de un primogénito de una madre de 25 años o más. El autor suele ser el padre, el padrastro o el novio de la madre.

Una vez nacido el niño, en un 40-50% de las madres adolescentes se producen síntomas depresivos. La depresión es mayor si se añaden factores de estrés social y si hay un menor apoyo social. Parece que el apoyo del padre del niño y de la madre de la adolescente es fundamental para prevenir la depresión. Los pediatras que se ocupan de las madres adolescentes deben pensar en la posibilidad de depresión, así como en la posibilidad de lesiones infligidas a la madre o al niño; debe realizarse un diagnóstico y tratamiento apropiados, además de ofrecer o realizar la derivación a organismos de salud mental o sociales en caso necesario. (10)

Durante el parto, las patologías más frecuentes corresponden a la detección de período expulsivo a la desproporción feto-pelviana, problemas de la placenta y el cordón. Síndrome hipertensivo del embarazo. Sufrimiento fetal y lesiones de las partes blandas del canal del parto. (9)

En el recién nacido las patologías más frecuentes son las infecciones y sepsis del recién nacido: asfixias y síndrome de dificultad respiratoria idiopática: el niño pequeño para la edad gestacional y el traumatismo obstétrico. (9)

3.6.5.2. Riesgo obstétrico

Se llama “de alto riesgo” al embarazo en el cual el pronóstico materno y/o fetal es potencialmente subóptimo en comparación a un embarazo normal. Se estima que alrededor de un 20% de los embarazos corresponde a la

denominación de alto riesgo y ellos son responsables de más del 80% de los resultados perinatales adversos.

La obstetricia actual (medicina materno-fetal) ha logrado grandes éxitos en la reducción de la morbimortalidad materna, por lo que actualmente se ha centrado la atención en los aspectos fetales y neonatales, así como en identificar al subgrupo de mujeres embarazadas que requiere de una mayor vigilancia y cuidado a consecuencia de presentar factores de riesgo claramente identificables, sea antes o durante el embarazo. Para este fin es que existe el control prenatal, que consiste en un conjunto de acciones sistemáticas y periódicas destinadas a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que puedan condicionar morbilidad o mortalidad materna o perinatal.

Aproximadamente el 70% de la población obstétrica no tiene factores de riesgo, por lo que su control es simple y no requiere de infraestructura de alto costo. Sin embargo, existen problemas perinatales como la prematurez, la asfixia perinatal, las malformaciones congénitas y las infecciones; y desde el punto de vista materno, la hemorragia obstétrica, las infecciones, el síndrome hipertensivo del embarazo y las enfermedades maternas prestacionales, que requieren de estrategias orientadas a la prevención, diagnóstico y tratamiento oportunos.(13)

3.6.5.3. Riesgo perinatal de adolescentes embarazadas

3.6.5.3.1. Grupo de alto riesgo obstétrico y perinatal

- Antecedentes de patología médica obstétrica o general importante.
- Antecedentes de abuso sexual.
- Desnutrición.
- Estatura de 1,50 m o menos.
- Primeros dos años de enseñanza media o menor de 16 años.
- Pareja estudiante o en el servicio militar o trabajo ocasional.
- Actitud negativa o indiferente al inicio del embarazo.

3.6.5.3.2. Grupo de mediano riesgo y riesgo no predecible obstétrico perinatal

- Menarquia a los 11 años o menos.
- Ser la mayor de los hermanos.
- Todo el resto de las adolescentes hasta la edad que determine el programa.

Estos grupos tienen diferentes normas de control prenatal de acuerdo con los niveles de complejidad de la atención.

La prevención primaria a través de la anticoncepción y la educación sexual como herramienta de la promoción, son los caminos lógicos que se deben enfrentar directamente con adolescentes de la región de las Américas. Este papel le cabe a todos sectores de la comunidad, incluidos los sectores de educación, salud y de promoción y protección de la mujer y primordialmente a las familias mismas. (9)

3.6.5.4. Bajo peso al nacimiento

El bajo peso de nacimiento está dado tanto por la condición de prematuro, como por el nacimiento de recién nacidos pequeños para la edad gestacional. En este sentido es interesante destacar que numerosas publicaciones sobre embarazo adolescente revelan una frecuencia mayor de recién nacidos pequeños para la edad gestacional con respecto al grupo de las madres adultas. Si bien la mayoría de los estudios demuestran una frecuencia aumentada, este aumento no siempre es estadísticamente significativo. (14)

3.6.6. Consecuencias para la madre

3.6.6.1. Educativas

Las madres adolescentes suelen tener malos resultados académicos y abandonan el colegio antes de quedarse embarazadas o muchas deciden retrasar la finalización de su educación un tiempo después del nacimiento de su hijo. Generalmente acaban por graduarse o conseguir un nivel equivalente.

Las madres que han dado a luz en la adolescencia suelen quedarse dos años por detrás de las mujeres de su misma edad en cuanto a nivel educativo al menos hasta la 3ª década de la vida. La falta de educación materna limita los ingresos de muchas de estas jóvenes familias.

3.6.6.2. Consumo de sustancias

Las adolescentes que abusan de drogas, alcohol y tabaco tienen mayores tasas de embarazo que sus compañeras. La mayoría de las madres que abusan de sustancias parecen reducir su consumo durante la gestación. Sin embargo, éste aumenta de nuevo alrededor de las seis semanas después del parto, lo que complica la función maternal y la vuelta al colegio de la madre.

3.6.6.3. Nuevos embarazos

Alrededor de un 20% de todos los nacimientos de madres adolescentes (15-19 años) son el segundo o posterior. Los cuidados prenatales comienzan incluso más tarde en el segundo embarazo, que tiene un mayor riesgo de un mal resultado que el primero. Las madres que corren el riesgo de quedarse de nuevo embarazadas son aquellas que no comienzan a usar anticonceptivos de acción prolongada tras el primer nacimiento, las que no vuelven al colegio en los 6 meses posteriores al primer parto, las que están casadas o que viven con el padre del niño y las que ya no tienen implicación con dicho padre y que tienen un nuevo novio que quiere tener hijos. Para reducir las tasas de nuevos embarazos en estas adolescentes, los programas deben individualizarse para esta población. Lo ideal sería ofrecer una asistencia sanitaria exhaustiva tanto para la joven madre como para su hijo.

3.6.6.4. Consecuencias para los lactantes

Muchos lactantes nacidos de madres adolescentes tienen problemas conductuales incluso en el período preescolar. Muchos abandonan el colegio pronto (33%), son padres adolescentes (25%) o en el caso de los varones acaban en la cárcel (16%). Las razones de esta evolución son pobreza,

dificultades de aprendizaje del padre y de la madre, estilos negativos de crianza de los hijos por parte de los progenitores adolescentes, depresión materna, inmadurez de los padres, mal modelado parental, estrés social, exposición a violencia en el entorno y conflictos con los abuelos, sobre todo con las abuelas.

La implicación positiva continua de los progenitores durante toda la vida del niño puede ayudar en cierta forma frente a esta evolución negativa. Muchas de estas consecuencias negativas parecen deberse a la situación socioeconómica/demográfica en la que se ha producido el embarazo de la adolescente, no sólo a la edad materna. Incluso cuando se controlan el nivel socioeconómico y la demografía, los lactantes de madres adolescentes tienen menores puntuaciones de sus logros, menores tasas de graduación en la enseñanza secundaria, un mayor riesgo de embarazo en la adolescencia en ellos mismos y, al menos en Illinois (donde los registros incluyen la edad de la madre biológica), una mayor probabilidad de maltrato y abandono.

Los programas globales dirigidos a apoyar a las madres adolescentes y a los niños que utilizan medidas para desarrollar las habilidades necesarias, atención médica y apoyo psicosocial, conllevan mayores tasas de empleo, mayores ingresos y menos dependencia de las prestaciones sociales por parte de las adolescentes que siguen estos programas, que pueden ser útiles para mejorar los resultados de los lactantes. (10)

3.6.7. Asesoramiento del embarazo y tratamiento inicial

Una vez realizado el diagnóstico del embarazo, se deben tratar los aspectos psicosociales y médicos de la gestación. Se debe evaluar la respuesta de la paciente al embarazo y las cuestiones emocionales.

No se debe asumir que el embarazo no era deseado. Se deben comentar las opciones de la paciente que pueden consistir en: 1) dar el niño a una familia adoptiva, 2) interrumpir el embarazo o 3) criar al niño ella misma con la ayuda de la familia, del padre, de amigos y otros recursos sociales. Las opciones

deben ser presentadas prestando apoyo y de forma informativa y objetiva; es posible que para algunas adolescentes haya que tratar el tema a lo largo de varias visitas. Los médicos que se sientan incómodos a la hora de presentar las opciones a sus pacientes jóvenes deberían remitirlas a un profesional que pueda ofrecer este servicio con eficacia. La realización de un aborto en una etapa precoz de la gestación suele ser menos arriesgada y más barata que cuando se realiza más adelante. Otras cuestiones que puede ser necesario comentar es cómo informar e implicar a los padres de la paciente y al padre del bebé; la aplicación de estrategias que deben ponerse en marcha para asegurar la continuación de la educación de la madre; la interrupción del consumo de tabaco, alcohol y drogas; la interrupción y evitación de cualquier fármaco que pueda considerarse teratogénico; el comienzo de los suplementos de ácido fólico, calcio y hierro; una correcta alimentación, y las pruebas de ITS. En las adolescentes más jóvenes, debe considerarse la posibilidad de sexo forzado (cap. 113) y han de realizarse las derivaciones sociales y legales adecuadas en caso de abuso, aunque la mayoría de los embarazos no se deben a sexo forzado. Las pacientes que eligen continuar con el embarazo deben ser remitidas lo antes posible a un obstetra especializado en adolescentes. (10)

3.6.8. Prevención de embarazos en adolescentes

El embarazo en adolescentes es un problema de múltiples aspectos que requiere soluciones multifactoriales. Es importante que el médico de atención primaria aporte la información y los métodos de anticoncepción, y la educación sobre el riesgo de fertilidad, pero es insuficiente para tratar el problema por completo. También es necesaria la implicación de la familia y la comunidad. Las estrategias de prevención primaria (prevención del primer nacimiento) difieren de las estrategias necesarias para la prevención secundaria (prevención del segundo nacimiento o posteriores).

La educación sexual basada en la abstinencia enseña a los más jóvenes a esperar hasta el matrimonio para iniciar la actividad sexual, pero, por desgracia, no menciona la anticoncepción. La educación de la abstinencia a veces se asocia con los «juramentos de virginidad» en los que los adolescentes juran permanecer vírgenes hasta el matrimonio. Otros programas educativos hacen hincapié en la prevención del VIH y de las ITS, y en ese proceso previenen los embarazos, y otros programas incluyen tanto la abstinencia como la anticoncepción. La educación sexual y la formación sobre la anticoncepción no incrementan la actividad sexual. Los adolescentes que participan en programas que tienen una educación sexual integral suelen tener menos tasas de embarazo que los que sólo han recibido programas centrados únicamente en la abstinencia o que no han recibido ningún tipo de educación sexual.

En muchas comunidades, los programas que hacen que los jóvenes participen en los servicios a la comunidad y/o que combinan educación sexual y desarrollo de los jóvenes también tienen éxito para frenar los embarazos. Los programas pueden desarrollarse en escuelas, en centros sociales, en clínicas, en organizaciones para jóvenes y en pesias. En otros países se ha optado por otros enfoques. En Suecia, la educación familiar y sexual se enseña en la escuela desde la década de 1950, y desde 1975, el aborto es delibere elección. El asesoramiento anticonceptivo es gratis y está fácilmente disponible en las clínicas de planificación familiar y salud juvenil junto con el cribado de ITS.

Hay menos programas de prevención secundaria. En Estados Unidos, acunas comunidades han intentado «pagar» a las jóvenes madres para que no se queden de nuevo embarazadas, pero estas medidas no siempre han dado sus frutos. En varias áreas se han intentado las visitas de enfermeras a domicilio y muchas a>munidades han desarrollado las clínicas «Teen Tot» que proporcionan un modelo de atención sanitaria - todo en uno», tanto para la madre adolescente como para el bebé en el mismo sitio y al mismo tiempo. Estos dos últimos tipos de programas han tenido un cierto éxito. En la consulta,

la identificación de adolescentes sexualmente activas a través de entrevistas clínicas confidenciales es un primer paso para la prevención del embarazo. El médico de atención primaria debe aportar al adolescente información basada en la evidencia de manera objetiva y después guiarlo en el proceso de elegir un método anticonceptivo. Además, la consulta es el lugar ideal para apoyar al adolescente que decide practicar la abstinencia. (10)

3.7 Revisión bibliográfica

En un estudio realizado en Venezuela sobre embarazo en adolescentes en el período de 1976 a 1982 donde se atendieron en el Hospital 40.217 embarazadas, de las cuales 7.674 tenían entre 12 y 19 años, 19%. Se analizó este grupo de adolescentes y lo dividieron en dos grupos: A entre 12 y 16 años, 1.479 casos, 3,67% y grupo B entre 17 y 19 años, 6.195 pacientes, 15,4%. La edad promedio encontradas fue de 15,48 años en el grupo A y 18 años en el B. La edad promedio de la menarquia fue de 11,8 y 12,56 años respectivamente y de las primeras relaciones sexuales de 14,3 y 15,76 años. Un alto porcentaje no hizo control prenatal, 40% en el A y 36,14% en el B. El embarazo terminó en; aborto 11,15%, parto vaginal 58,6%, cesárea 7,7% en el grupo A y 11,20% de abortos, 62,29% de partos vaginales, 7,11% cesáreas y 0,16% de embarazos ectópicos en el grupo B. Las complicaciones del embarazo más frecuentes fueron: anemia 8,58% y 6,79%, hipertensión inducida por el embarazo 6,69% y 4,82%, Ruptura prematura de membranas 3,24% y 7,23% en ambos grupos, siendo mayor en el A. La mortalidad materna se encontró elevada, 24,34% en el grupo A a expensas de endometritis 11,15% y desgarros 6,62% principalmente. En el grupo B fue de 18,77%, ocupando los desgarros el primer lugar 7,34% y la endometritis el segundo lugar con 7,02%. La prematuridad en ambos grupos 15% y 13,65% es mayor que la del Hospital. La incidencia de malformaciones fetales fue de 0,91% y 0,24%. La mortalidad fetal encontrada fue de 2,23% y 1,75%. La mortalidad materna, igual en ambos grupos fue de 0,06%. Las complicaciones obstétricas

y la mortalidad materna se pueden disminuir con una buena atención prenatal, e impartiendo enseñanza sobre educación sexual y métodos de control de natalidad. (15)

En el Perú se desarrolló un estudio para analizar las características perinatales en mujeres gestantes adolescentes. Mediante un estudio retrospectivo, descriptivo. En el Hospital Nacional Rebagliati Martins, Es Salud, hospital docente. Se analizaron todos los partos en adolescentes atendidos durante el período enero 2000 a diciembre 2004. Hubo un total de 443 partos en adolescentes, con edad promedio de 18,3 años, 16,3% de ellas (72) con 17 años o menos y 83,7% (371) entre 18 y 19 años. Para 81,3%, era su primer embarazo; el parto pre término ocurrió en 17,1%; la tasa de cesárea fue 41,5%; 84,4% de los recién nacidos pesó entre 2 500 y 3 999 g y 12% menos de 2500 g. Hubo más partos pretérmino y mortalidad perinatal en las adolescentes que en la gestante en general, principalmente en las adolescentes de 17 años o menos, convirtiéndose en el grupo de mayor riesgo. El parto vía vaginal fue más frecuente en la adolescente, pero la incidencia de cesáreas aumentó en la adolescente de 17 años o menos en comparación a la de 18 y 19 años.(16)

En España se realizó un estudio para conocer los comportamientos sexuales y prácticas contraceptivas relacionados con Embarazo no planificado en 583 mujeres de edades entre 13 y 24 años, atendidas en una consulta de anticoncepción durante el año 2012. (Variable dependiente: Embarazo no planificado. Independientes: sociodemográficas, comportamientos sexuales y prácticas contraceptivas). Los Resultados fueron: 174 (29,8%) mujeres tuvieron un Embarazo no planificado. El riesgo de Embarazo no planificado aumentó en mujeres inmigrantes [OR: 2,858 (IC95%:1,808- 4,519)], en las jóvenes con menor nivel de estudios (OR: 2,343 [IC95% 1,361-4,035]), en las que no utilizaron un método anticonceptivo seguro (todos menos el coitus interruptus) durante su primer coito (OR:3,043 (IC95% 1,900-4,875)), en las que manifestaron inconvenientes con el uso de los métodos anticonceptivos (OR: 2,092 [IC95% 1,267-3,454]) y en las que tuvieron asistencia irregular a la

consulta (OR: 2,063 [IC95% 1,275-3,339]). No hubo relación con la edad (adolescentes/jóvenes). El modelo se consideró aceptable: Hosmer-Lemeshow no significativo y con un poder de discriminación del 77%. Conclusiones: Las variables predictoras de embarazo no planificado en mujeres jóvenes son: ser inmigrante, tener bajo nivel de estudios, no utilizar método anticonceptivo seguro durante el primer coito, manifestar inconvenientes con los métodos anticonceptivos y tener una asistencia irregular a la consulta de anticoncepción (AU). (17)

Se realizó un estudio en el Perú para determinar las complicaciones obstétricas del embarazo en adolescentes (10 - 19 años). El estudio fue retrospectivo en el Hospital de Apoyo III- Sullana, revisando las 947 historias clínicas, que corresponden al total de gestantes adolescentes atendidas durante los años 1992 y 1993. Se les comparó con un número idéntico de gestantes entre 20 y 34 años (grupo control). El análisis estadístico se efectuó en base a frecuencias, porcentajes, desviación estándar, prueba de chi cuadrado. Resultados: La incidencia de embarazo en adolescentes fue 12,9% la edad materna promedio de gestantes adolescentes fue 17,7 años. El 62,8% se encontraba entre 18 y 19 años. El 54% era conviviente y 7,2% soltera. El 75,8% era primigesta. Fue más frecuente la vía de parto abdominal en adolescentes (14,9%) con respecto al grupo control (6,5%). Se encontró relación entre gestación en adolescentes y desgarro perineal, desproporción cefalopélvica, presentación podálica, ruptura prematura de membranas, preeclampsia, sufrimiento fetal agudo, aborto, infección urinaria y anemia. Conclusión: La gestación en adolescentes es un riesgo para la madre como para el recién nacido, por lo que se debe promover la atención integral del adolescente, con el fin de evitar el embarazo no deseado y las complicaciones asociadas. (18)

Otro estudio realizado en Cartagena (Colombia) para estimar las diferencias entre los subgrupos de adolescentes embarazadas de 13 a 15 años; y 16 a 18 años, con respecto a las complicaciones durante el embarazo mediante un

estudio de corte transversal en 100 adolescentes embarazadas, vinculadas a una fundación durante el año 2008. Se indagaron variables sociodemográficas, estado nutricional, afiliación al servicio de salud, ocupación, prácticas de salud sexual y reproductiva, control prenatal, anemia, infección urinaria y vaginal, preeclampsia, eclampsia, diabetes gestacional, hipertensión, semanas de embarazo y vía del parto. Los resultados se presentan mediante medidas de tendencia central y dispersión o proporciones según el tipo de variable. Las características basales de los grupos se compararon mediante la prueba de chi cuadrado. Se estimó la asociación entre los dos grupos de edad y las complicaciones del embarazo por medio del odds ratio (OR). Los principales resultados fueron: las adolescentes de 13 a 15 años tienen más riesgo que las adolescentes de 16 a 18 años de presentar parto pretérmino [OR 5,0 (IC 95%: 1,86 -13,7)] y parto vía cesárea [OR 3,57 (IC 95%: 1,25 – 10,5)]. (19)

Una investigación descriptiva retrospectiva sobre incidencia y características clínico epidemiológicas de las gestantes adolescentes atendidas de parto, en el C.S. Acobamba-Huancavelica (Perú) durante 1998. Donde se encontraron los siguientes resultados: Se encontró una incidencia del 16%, todos correspondientes a la adolescencia tardía (15 a 19 años). La mayoría provenía de zonas rurales (65%), con estudios primarios (55%) y unión inestable con sus parejas (100%). El 70% presentó su menarquía entre los 12 y 14 años y un 20% inició su actividad sexual antes de los 15 años. El 15% ya había estado embarazada previamente. El 40% nunca recibió control prenatal y las que sí lo hicieron empezaron tardíamente, especialmente en el tercer trimestre (50%). Se presentó 40% de complicaciones durante el embarazo y parto, ninguna en el puerperio; éstas fueron trabajo de parto prolongado (50%), desgarros perineales (25%), ruptura prematura de membranas y parto pretérmino (12,5%). En los recién nacidos se tuvo 10% de peso bajo al nacer y 5% de prematuridad; 35% de asfixia al minuto y ningún asfixiado a los 5 minutos. Se concluye en este estudio que un deficiente grado de instrucción

general, inicio temprano de relaciones sexuales y uso escaso o nulo de metodología anticonceptiva se relacionan con una alta incidencia de embarazos en adolescentes; el trabajo de parto prolongado, desgarros perineales, productos con peso bajo al nacer y prematuridad son frecuentes en adolescentes. (20)

Una publicación del Hospital San José de Buga, Colombia sobre la prevalencia del parto prematuro y sus determinantes, en una población de gestantes adolescentes y adultas, que tuvieron su único o último parto en entre los años 2010 a 2015. Se investigaron en un estudio de casos y controles realizado con 11.881 neonatos mujeres adolescentes y adultas. Los datos fueron analizados en Stata® 11.0, empleando para variables cuantitativas, mediana o promedio y sus medidas de dispersión, comparadas mediante pruebas t, Ranksum, ANOVA o Kruskal Wallis, de acuerdo a su distribución y para variables categóricas; medidas de frecuencia absolutas y relativas, comparadas mediante Pruebas de Chi² o exacta de Fisher. Para estimar las asociaciones empleamos Odds Ratio con sus intervalos de confianza de 95% y para el análisis multivariado la regresión logística. La significancia estadística fue definida como un valor $p < 0,05$. Resultados. La prevalencia de prematuridad fue 11,4%. Después del análisis multivariado, los determinantes asociados a prematuridad fueron etnia indígena-afrocolombiana o mulato, número de controles prenatales igual o inferior a 6, periodo intergenésico inferior a 2 años, embarazo múltiple, preeclampsia, oligohidramnios, restricción del crecimiento intrauterino y hemorragia del tercer trimestre (incluye desprendimiento prematuro de placenta). Conclusiones. La prematuridad es el resultado de una compleja red de determinantes individuales, sociales, culturales y gestacionales que interactúan, por lo que para su prevención se debe no sólo trabajar en medidas de salud, sino en elaboración de políticas y planes de acción integral. (21)

En Cuba el año 2004 se realizó un estudio descriptivo de corte transversal con el propósito de caracterizar al recién nacido de madre adolescente. El período

de trabajo abarcó desde el mes de junio hasta diciembre del año 2001, en el hospital materno infantil docente "Julio Trigo López". El universo de estudio se conformó con los "nacidos vivos" hijos de madres embarazadas adolescentes de menos de 20 años de edad con independencia del peso del mismo o la edad gestacional al momento del nacimiento. En el período estudiado ocurrieron 206 nacimientos vivos hijos de madres adolescentes, que representaron el 12,3 % de un total de 1 675 partos. La edad promedio fue de 17, 5 años, la edad menor fue de 13 y la mayor de 19 años. El 83 % de los recién nacidos tuvo un tiempo de gestación entre 37 y 41 semanas, y en el 88 % el peso del recién nacido fue mayor de 2 500 gramos, en el grupo de las más jóvenes el estado nutricional del "pequeño en peso para la edad gestacional" fue significativamente superior. El 95 % tuvo buena vitalidad al minuto y el 98 % a los 5 minutos del nacimiento. En el 37,3 % la estadía fue de 3 días o menos, pero en el 15% fue de más de 7 días. Las afecciones más comunes que provocaron morbilidad fueron las metabólicas, el íctero, las respiratorias y la sepsis. Ocurrió un deceso neonatal precoz y uno tardío, la tasa de mortalidad infantil fue de 9,6 x 1 000, cifra que estuvo por encima de la misma tasa para la población total de partos en el período de estudio. Estos resultados permitieron confirmar que mientras más joven es la madre adolescente el riesgo de morbilidad y/o mortalidad del recién nacido es mayor, lo que indica que el embarazo en la adolescencia es un importante problema de salud. (22)

Otro estudio también en Cuba en el año 1995 de 120 embarazadas en un área de 5 consultorios del médico de la familia en un período que comprendió de enero de 1987 a enero de 1990; de ellas, 56 eran menores de 20 años para el 46,6 %. Se realizó un estudio comparativo entre éstas y las gestantes de más de 20 años de edad, y se observó que las adolescentes presentaron mayor número de recién nacidos con bajo peso (88 %) y partos pre términos. El consumo del tabaco y la desnutrición materna fueron factores importantes que se añadieron a la adolescencia en el resultado del bajo peso al nacer. (23)

En México se realizó un estudio para determinar el grado de funcionalidad familiar en el caso de adolescentes embarazadas, mediante la aplicación del Apgar familiar. *Método:* Se seleccionaron al azar 364 embarazadas entre 12 y 19 años de edad, de enero del 2001 a enero del 2002. Se aplicó a cada adolescente un formulario que consta de dos partes; ficha de identificación y APGAR familiar. Se clasificó como familia funcional, disfunción moderada y severa. A los resultados se les aplicó estadística descriptiva. *Resultados:* El 55% fueron del grupo de edad de 18 y 19 años. El 40% tiene estudios de primaria. Casadas 85%, amas de casa 77%. Primigestas 78%. Disfunción familiar moderada se encontró 27%, severa 6% y normal en 67%. Los aspectos en que se encontraron mayor alteración fueron el de crecimiento y afecto. *Conclusiones:* La funcionalidad familiar de las embarazadas adolescentes se encuentra alterada en el 33% de los casos, debido a que no tienen una madurez emocional, no reciben el apoyo y el cariño por parte de su familia de origen, lo que obliga a tomar la decisión de unirse a una pareja. (24)

En México el año 2003 se realiza un estudio sobre Embarazo no deseado en adolescentes, y utilización de métodos anticonceptivos posparto: Un 17% de todos los nacimientos registrados en la población total en ese periodo fueron producto de madres adolescentes. De éstas, 22.73% declararon que su embarazo no fue deseado. Se encontró una asociación positiva entre no tener derecho de acceso a los servicios de salud de las instituciones del sistema de seguridad social –Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE)– y embarazo no deseado (RM ajustada=3.03, IC 95% 1.31, 7). Asimismo, las adolescentes de comunidades urbanas manifestaron no deseo del embarazo con mayor frecuencia que las mujeres de comunidades rurales (RM ajustada=2.16, IC 95% 1.08, 4.33). Un 91.3% de las madres adolescentes enunció la píldora anticonceptiva entre los métodos que conocía. Un 84.72% conocía el DIU y 63.68% el condón. Sin embargo, sólo 35% estaba utilizando algún método anticonceptivo efectivo después de las seis semanas posparto.

No se encontró diferencia en la frecuencia de uso de anticonceptivos según deseo del último embarazo. Entre quienes se atendieron el parto en centros de salud u hospital sólo 43.39% estaba utilizando algún método efectivo de planificación familiar. (25)

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. (26)

4. Justificación de la investigación

Al concluir el estudio se podrá ampliar el conocimiento, acerca del embarazo en adolescentes el riesgo obstétrico y los factores demográficos y sociales asociados lo cual permitirá incrementar el nivel de calidad en la atención a este grupo poblacional de alta prioridad en el ámbito de salud materna.

Al conocer los resultados sobre el conocimiento de las embarazadas sobre riesgos obstétricos y las probables causas del embarazo se podrá priorizar las intervenciones de educación y control por parte del personal de salud lográndose por lo tanto mayor eficacia y eficiencia en la inversión de los recursos, particularmente en los servicios de Salud Sexual y Reproductiva ya que se identificarán aspectos de mayor prioridad, por ejemplo en las actividades de educación e intervención intersectorial del problema

Al disponer de los resultados también se beneficiará a la población que demanda servicios en el hospital, ya que se disminuirá el riesgo de complicaciones mediante la información a las adolescentes en los aspectos deficientes de conocimiento de riesgos lo cual incide directamente en el costo económico para el sistema de salud y para la población afectada en particular. Para el procesamiento de datos se utilizará una base que permite el análisis cruzado de variables por lo que puede constituirse en un instrumento para el análisis posterior de los datos en cuanto al problema abordado.

Por lo mencionado considero que se justifica la realización del estudio propuesto para la tesis.

5. Planteamiento del problema

Riesgos y daños para la madre adolescente

El embarazo y el parto durante la adolescencia producen importantes riesgos, niñas de 15 a 19 años de edad paren alrededor de 15 millones de niños cada año en el mundo y por causas relacionadas con el embarazo, mueren en este grupo de edad más que por ninguna otra causa. Las adolescentes tienen el doble de probabilidad de morir en relación con el parto que las mujeres en los 20; en aquéllas por debajo de 15 años de edad aumenta en 5 veces el riesgo. Las adolescentes también exponen a su descendencia a un alto riesgo (27)

El embarazo en la adolescencia es inevitable verlo con un matiz catastrófico, sobre todo en nuestros países en vías de desarrollo, donde el medio proporciona factores como bajo nivel cultural, hacinamiento, falta de programas gubernamentales de apoyo específico a la madre adolescente, etc., que actúan potenciando los efectos adversos que el embarazo traerá a la adolescente (parto prematuro, preeclampsia, desprendimiento placentario, anemia, mayor número de abortos y cesáreas), así como a las condiciones propias del adolescente (inestabilidad emocional, dependencia económica, inexperiencia, uso de alcohol y otras drogas) (28)

Riesgos y daños para el neonato de madre adolescente

Los niños nacidos de mujeres menores de 20 años tienen 1½ más riesgo de morir antes de su primer año de vida que los niños nacidos de madres con edades entre 20 a 29 años. La inmadurez física coloca a la madre adolescente en mayor riesgo para la morbilidad y la mortalidad. La joven madre tiene mayor riesgo de presentar parto obstruido, parto prolongado, preeclampsia y eclampsia, entre otros. (27)

En el recién nacido de madre adolescente, todos los reportes internacionales coinciden en que los problemas comienzan en el útero: desnutrición, restricción del crecimiento intrauterino y bajo peso al nacer, que junto a la prematuridad, serán las condiciones determinantes en la mayor morbilidad y mortalidad de éstos en relación a la población general (28)

Los riesgos del embarazo en la adolescencia se incrementan en los países en vías de desarrollo.

En este contexto cabe mencionar que la atención que se brinda en salud materna y perinatal en el hospital de la mujer que es de referencia departamental e incluso nacional es de una magnitud importante en mujeres embarazadas adolescentes, sin embargo se hace necesario conocer el perfil de riesgo obstétrico ya que son parte importante de la morbilidad materna en el país asimismo es importante conocer la capacidad de respuesta institucional desde un enfoque de la atención e información de los recursos humanos a las embarazadas adolescentes sobre el cuidado y prevención de riesgos.

6. Pregunta de investigación

¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre riesgos del embarazo y la relación entre las características obstétricas con variables sociodemográficas en gestantes adolescentes registradas en el hospital de la mujer en el 3er trimestre 2017?

7. Hipótesis

H_0 = No existe relación entre la reincidencia de embarazo y variables sociodemográficas en adolescentes gestantes

H_1 = Existe relación entre la reincidencia de embarazo y variables sociodemográficas en adolescentes gestantes

8. Objetivos

Objetivo general

- Determinar el nivel de conocimiento sobre riesgos del embarazo y la relación entre las características obstétricas con variables sociodemográficas en gestantes adolescentes registradas en el hospital de la mujer en el 3er trimestre 2017.

Objetivos específicos

1. Describir el perfil demográfico, y social de adolescentes embarazadas.
2. Describir el número de partos, complicaciones obstétricas y atención pre natal en las embarazadas adolescentes.
3. Medir el nivel de conocimiento sobre riesgos del embarazo en adolescentes
4. Identificar la percepción de las gestantes adolescentes sobre la información recibida del personal de salud.

9. Diseño metodológico

9.1. Tipo de estudio

Uno de los aspectos fundamentales en toda investigación es la decisión sobre el tipo de estudio a realizar, para lo cual tomamos en cuenta que el mismo se define preliminarmente desde la etapa de identificación y formulación del problema; sin embargo, cada etapa del proceso de investigación provee de elementos que sirven para su selección definitiva (29) El Estudio retrospectivo observacional analítico de cohorte (retrospectiva)

- El enfoque del estudio es cuantitativo, ya que se incluyen hechos o variables que se pueden cuantificar, no se tomaron en cuenta aspectos de percepción u opinión sobre las variables del tema de investigación.
- El nivel de investigación es descriptivo correlacional por que primero se analizarán las variables en forma individualizada, y luego se comparará la frecuencia de embarazo en adolescentes en relación al nivel de educación y estado civil de las mujeres gestantes
- En función al tiempo de realización de estudio, es prospectivo tanto para la revisión de historias clínicas como para la aplicación de las encuestas (julio a septiembre de 2017).
- Respecto al número de medidas realizadas, el estudio aplicó las medidas correspondientes en un solo periodo de tiempo continuo por lo que es de tipo transeccional.
- Finalmente, el estudio es NO experimental porque no se manipularon variables intencionalmente, y el rol de la investigadora fue de observación de los datos registrados anteriormente.

Una investigación no experimental puede definirse como la investigación que se realiza sin manipular deliberadamente variables. Es decir, se trata de un estudio donde no hacemos variar en forma intencional las variables independientes para ver su efecto sobre otras variables.

9.2. Universo

El universo para este estudio está conformado por todas las mujeres gestantes adolescentes registradas en el hospital de la mujer, en tercer trimestre del año 2017

9.3. Criterios de Selección

La Población o universo muestral es la colección de elementos o unidades de análisis acerca de los cuales se desea información. Con frecuencia, no se puede obtener información de toda la población, sino tan sólo de unidades que cumplen una serie de características que son los criterios de inclusión/exclusión. La muestra se obtiene de la población de estudio, por lo que debe recordarse que las conclusiones extraídas de la muestra son generalizables a esta población y no al universo (30).

9.3.1. Criterios de inclusión.

Mujeres gestantes:

- Menores de 19 años
- Que acuden a control en el tercer trimestre del año 2017
- Con registro completo (historia clínica perinatal)
- Que se encuentren en el último trimestre del embarazo

9.3.2. Criterios de exclusión.

- Mujeres gestantes adolescentes con registros incompletos
- Registradas pero referidas a otro establecimiento para su atención

9.4. Unidad de análisis.

En base a los criterios de inclusión y de exclusión, la unidad de análisis está conformada por Mujeres gestantes adolescentes registradas en hospital de la mujer en el tercer trimestre del año 2017 con registros perinatales completos

9.5. Población de estudio.

Tomando en cuenta que la población de estudio es aquella sobre la cual pretendemos que recaigan los resultados o conclusiones de la investigación (31), en nuestro caso de acuerdo a los criterios de inclusión y de exclusión y a la unidad de análisis el tamaño de la población de estudio son las mujeres registradas en el periodo de estudio.

Es necesario aclarar que en esta investigación se trabaja con la “población accesible” es decir la que acude y se registra en el hospital. Como menciona Fathalla MF (OPS), esta población no necesariamente representa a la población de toda la comunidad ya que no todas las personas acuden al consultorio o al hospital para su control, aunque en este caso la cobertura sobrepasa el 90 %. Esto no significa que no deban hacerse estudios realizados en el consultorio o en el hospital. Proporcionan información útil, pero los resultados no deberán presentarse como si reflejaran los correspondientes a todas las mujeres embarazadas (32), si no solo a las que se atienden en el hospital. Por esta razón es que los resultados serán generalizables solo a la población registrada en el hospital.

9.6. Muestra.

Para determinar el tamaño muestral en estudios prospectivos (frecuencia de enfermedades, eventos o de procedimientos), tomamos en cuenta que la ocurrencia de estos hechos no tiene un límite numérico en el tiempo, entonces desde un enfoque de investigación el número de estas actividades se pueden considerar como un universo infinito. Por esta razón para el cálculo del tamaño de muestra de actividades o procesos a observar y verificar, se utiliza el siguiente algoritmo (33):

$$n = \frac{Z_{1-\alpha}^2 * p * q}{d^2}$$

Donde:

α	Error Alfa	0,05
$1-\alpha$	Nivel de Confianza	0,95
$Z (1-\alpha)$	Z de $(1-\alpha)$	1,96
p	Proporción de aciertos	0,50
q	Complemento de p	0,50
d	Precisión	0,09

En el caso de la tesis para un 95 % de confianza y una precisión del 9 % se obtiene un tamaño de muestra de 118 embarazadas adolescentes. Se realizaron 120 encuestas en total.

9.6.1. Muestreo

El muestreo será no probabilístico consecutivo en el periodo de estudio, es decir se tomará a las adolescentes embarazadas que acuden a control consecutivamente hasta alcanzar el tamaño de muestra mencionado.

Para la verificación del cumplimiento de actividades y procedimientos una vez establecido el tamaño de la muestra se observará en los diferentes turnos la aplicación de procedimientos en forma no probabilística y consecutiva hasta alcanzar el tamaño de muestra de 150 actividades o procedimientos. (34)

Existe una tendencia a considerar sinónimas las expresiones muestra probabilística y muestra representativa. El uso de una técnica de muestreo probabilístico tiende a asegurar que se obtendrá una muestra representativa, en especial si la población y la muestra son de gran tamaño. Sin embargo, puede que no sea así, ya que el propio azar puede conducir a una muestra que no tenga la misma distribución de las variables de interés que la población de referencia, sobre todo si su tamaño es reducido. Por otro lado, pueden obtenerse muestras representativas utilizando técnicas no probabilísticas. (35)

9.7. Operacionalización de Variables

9.7.1. Operacionalización de variables del objetivo 1

Describir el perfil demográfico, y social de las embarazadas adolescentes.

Variable	Dimensión	Indicador	Valores finales	Instrumento recolección de datos
Características demográficas	Edad	Número y proporción de mujeres embarazadas según edad	<ul style="list-style-type: none">• 12 años• 13 años• 14 años• 15 años• 16 años• 17 años• 18 años• 19 años	<ul style="list-style-type: none">• Ficha de recolección de datos
Características sociales	Nivel de educación	Número y proporción de mujeres embarazadas según educación	<ul style="list-style-type: none">• Ninguno• Primaria• Secundaria• Universitaria	<ul style="list-style-type: none">• Ficha de recolección de datos
	Estado civil	Número y proporción de mujeres embarazadas según estado civil	<ul style="list-style-type: none">• Soltera• Casada• Unión estable	<ul style="list-style-type: none">• Ficha de recolección de datos

9.7.2. Operacionalización de variables del objetivo 2

Describir el número de partos, complicaciones obstétricas y atención pre natal en las embarazadas adolescentes.

Variable	Dimensión	Indicador	Valores finales	Instrumento recolección de datos
Antecedentes obstétricos	N° de embarazos	Número y proporción de mujeres embarazadas según N° de embarazos	<ul style="list-style-type: none"> • 1 embarazo • 2 embarazos • 3 embarazos • 4 embarazos • 5 ≥ embarazos 	• Ficha de recolección de datos
	N° CPN último embarazo	Número y proporción de mujeres embarazadas según N° CPN último embarazo	<ul style="list-style-type: none"> • Hasta 2 • De 3 a 4 • De 5 a 6 • De 7 y más 	• Ficha de recolección de datos
	Complicaciones del embarazo	Número y proporción de mujeres embarazadas según Complicaciones del embarazo	<ul style="list-style-type: none"> • Sin complicaciones • Con complicaciones 	• Ficha de recolección de datos
	Semanas de gestación al 1er Control Pre Natal	Número y proporción de mujeres embarazadas según Semanas de gestación al 1er Control Pre Natal	<ul style="list-style-type: none"> • Sin control • ≤ 12 semanas • 13 a 24 semanas • ≥ 24 semanas 	• Ficha de recolección de datos
	Numero de CPN	Número y proporción de mujeres embarazadas según Numero de CPN	<ul style="list-style-type: none"> • 1 CPN • 2 CPN • 3 CPN • 4 CPN • 5 CPN • 6 CPN • 7 CPN • 8 CPN • 9 CPN 	• Ficha de recolección de datos

Variable	Dimensión	Indicador	Valores finales	Instrumento recolección de datos
	Preparación para el parto	Número y proporción de mujeres embarazadas según Preparación para el parto	<ul style="list-style-type: none"> • Con registro • Sin registro 	<ul style="list-style-type: none"> • Ficha de recolección de datos
	Orientación en lactancia materna	Número y proporción de mujeres embarazadas según Consejería en lactancia materna	<ul style="list-style-type: none"> • Con registro • Sin registro 	<ul style="list-style-type: none"> • Ficha de recolección de datos

9.7.3. Operacionalización de variables del objetivo 3

Medir el nivel de conocimiento sobre riesgos del embarazo y planificación familiar en adolescentes

Variable	Dimensión	Indicador	Valores finales	Instrumento recolección de datos
nivel de conocimiento sobre el riesgo obstétrico	Edad del embarazo en adolescentes	Número y proporción de embarazadas según conocimiento de Edad del embarazo en adolescentes	<ul style="list-style-type: none"> • Conoce • No conoce 	<ul style="list-style-type: none"> • Cuestionario
	Factores que aumentan el riesgo durante el embarazo en la adolescencia	Número y proporción de embarazadas según conocimiento Factores que aumentan el riesgo obstétrico	<ul style="list-style-type: none"> • Conoce • No conoce 	<ul style="list-style-type: none"> • Cuestionario
	Cómo evitar efectivamente un embarazo	Número y proporción de embarazadas según conocimiento sobre cómo evitar un embarazo	<ul style="list-style-type: none"> • Conoce • No conoce 	<ul style="list-style-type: none"> • Cuestionario
	Métodos anticonceptivos	Número y proporción de embarazadas según conocimiento de métodos anticonceptivos	<ul style="list-style-type: none"> • Conoce • No conoce 	<ul style="list-style-type: none"> • Cuestionario
	Lactancia materna exclusiva	Número y proporción de embarazadas según conocimiento Lactancia materna exclusiva	<ul style="list-style-type: none"> • Conoce • No conoce 	<ul style="list-style-type: none"> • Cuestionario

Variable	Dimensión	Indicador	Valores finales	Instrumento recolección de datos
	Señales durante el embarazo que ponen en peligro la vida de la mujer embarazada y del producto del embarazo	Número y proporción de embarazadas según conocimiento Señales que ponen en peligro la vida de la mujer embarazada	<ul style="list-style-type: none"> • Conoce • No conoce 	<ul style="list-style-type: none"> • Cuestionario

9.7.4. Operacionalización de variables del objetivo 4

Identificar la percepción de las gestantes adolescentes sobre la información recibida por el personal de salud.

Variable	Dimensión	Indicador	Valores finales	Instrumento recolección de datos
percepción sobre el cumplimiento de actividades de información y educación	Le explican los signos de alarma que se pueden presentar durante el embarazo	Número y proporción de embarazadas según percepción sobre la información de los signos de alarma que se pueden presentar durante el embarazo	<ul style="list-style-type: none"> • Se realiza • No se realiza 	Cuestionario
	La información que le dieron para la atención del parto en el hospital considera que es:	Número y proporción de embarazadas según percepción sobre la información que le dieron para la atención del parto	<ul style="list-style-type: none"> • Suficiente • Regular • Insuficiente • No le dieron ninguna información. 	Cuestionario

9.8. Recolección de datos, técnicas e instrumentos

Para la recolección de datos se utilizaron las siguientes fuentes de información, técnicas e instrumentos de recolección de datos.

Fuente de información	Técnica	Instrumento
Primaria	Encuesta	Cuestionario sobre conocimiento de riesgo obstétrico en mujeres adolescentes y percepción de la información recibida en el hospital
Secundaria	Documental	Ficha de recolección de datos

La ficha de recolección de datos incluye las variables de caracterización en aspectos demográficos sociales y obstétricos.

Para la validación de instrumentos se realizó la validación de contenido mediante la participación de 5 expertos en 6 criterios con un resultado de la concordancia entre jueces de 0,867 (**Anexo 5**)

9.8.1. Plan de análisis estadístico

Se solicitó permiso escrito para realizar la investigación y para tener acceso a la información requerida, obteniendo la autorización verbal y escrita se procedió a la obtención de datos de las fuentes mencionadas.

Se procedió posteriormente a la aplicación de los instrumentos de recolección de datos.

Los datos fueron tabulados en Excel los cuales se importaron al paquete estadístico SPSS (versión 22)

Se utilizó la estadística descriptiva, mediante medidas que se calculan a partir de los datos de una muestra, en algunos casos los estadísticos son

comparados con parámetros conocidos de la población en el análisis y discusión de los resultados.

Se emplearon medidas de tendencia central que conllevan información respecto al valor promedio de un conjunto de valores y de dispersión que se refieren a la variedad que muestran los datos.

Igualmente, en el análisis se emplearon valores de probabilidad matemática, expresados como porcentaje que resulta de la multiplicación de las fracciones por 100. De esta forma se midió la probabilidad de ocurrencia de algún hecho mediante un número entre cero y uno multiplicado por 100. (Un hecho que no puede ocurrir tiene una probabilidad de cero, y un evento cuya ocurrencia es segura tiene probabilidad de uno o cien)

Para las comparaciones en algunos casos se utilizaron las distribuciones de probabilidad para dos propósitos: 1) responder preguntas de probabilidad acerca de estadísticas muestrales y 2) proporcionar la teoría necesaria para hacer validos los procedimientos de inferencia estadística como por ejemplo el p valor entendiéndose la inferencia estadística como el procedimiento por medio del cual se llega a conclusiones en el área de una población con base en la información que se obtiene a partir de una muestra seleccionada de esa población. El p valor obtenido generalmente correspondió a la distribución ji cuadrada que es la técnica estadística utilizada con mayor frecuencia para la comparación y el análisis de conteo de datos de frecuencias entre grupos (36). Una vez que se revisaron las principales medidas de frecuencia y distribución de los fenómenos, el siguiente paso fue la comparación de dichas medidas. Esta comparación es la estrategia básica del análisis y el paso fundamental para transformar los datos en información relevante (37).

Con el fin de contar con un parámetro que nos permita medir el nivel de conocimiento de las adolescentes gestantes en conjunto, es decir al grupo en general, utilizaremos la siguiente escala.

Escala para medir el grado de conocimiento sobre embarazo y riesgos en adolescencia

Grado de conocimiento	Puntaje por rangos
Bueno	De 71 a 100 %
Regular	De 51 a 70 %
Deficiente	De 0 a 50 %

Fuente: Elaboración propia

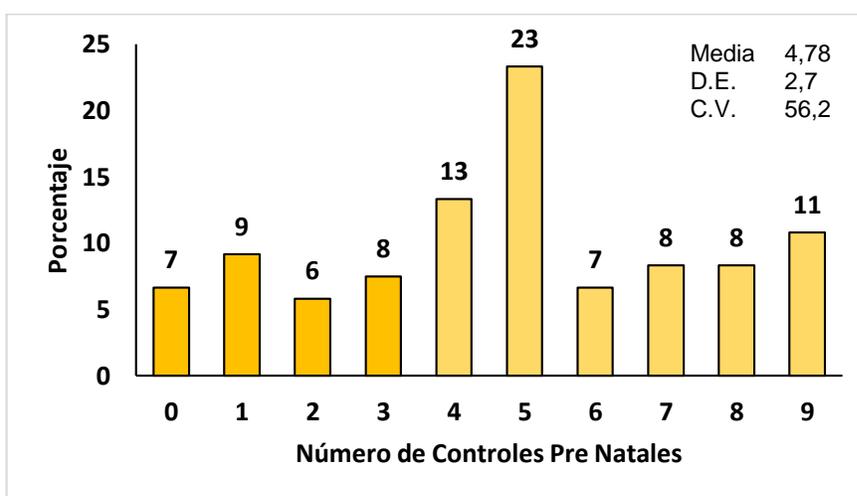
9.8.2. Aspectos éticos de la investigación

Los requisitos éticos de una investigación en salud se resumen en la Declaración de Helsinki (DdH) (38) algunos de los cuales se incluyen en esta investigación:

- **Mérito científico.** El párrafo 21 de la DdH estipula que la investigación médica en seres humanos debe estar justificada por bases científicas, los pasos para la realización de esta tesis se basan en el método científico que se reflejan en la secuencia de sus capítulos.
- **Valor social.** Uno de los requisitos más polémicos de un proyecto de investigación médica es que contribuya al bienestar de la sociedad. Los resultados de la investigación contribuirán al conocimiento de las variables del problema y por lo tanto se contarán con mayores posibilidades de un abordaje más efectivo desde el sistema de salud. Al finalizar la investigación, ésta se pondrá a disposición del público en general y de la comunidad científica en particular.
- **Riesgos y beneficios.** El riesgo es el potencial de un resultado adverso (daño) por el nivel de estudio y por el tipo de diseño NO experimental no existen riesgos para los sujetos de estudio. La tesis es de nivel

descriptivo correlacional, no se manipularon intencionalmente variables de las unidades de investigación sino más bien el estudio se basó en datos registrados durante un periodo anterior. Además, debido a que se trata de un diseño prospectivo, no existirán riesgos físicos y/o psicológicos, tampoco potencial invasión de la privacidad, riesgo de muerte y/o alteración de la calidad de vida ni daños a terceros.

- **Consentimiento informado.** Al ser el presente estudio prospectivo, se incluirá la participación directa de las pacientes, por tanto no requerirá la firma de un consentimiento informado, además para salvaguardar la confidencialidad no figurará en la ficha de recolección de datos los nombres de las pacientes, lo que permitirá la no identificación del mismo.
- **Confidencialidad.** Como regla general, la información debe hacerse anónima y debe almacenarse y transmitirse en forma segura. Esto significa, entre otras cosas, que el médico debe estar preparado para recomendar que el paciente no tome parte en un proyecto de investigación si está bien con el tratamiento actual. No se da a conocer los nombres de los pacientes ni en el proceso de elaboración de la tesis ni en los resultados.



Fuente: Elaboración propia

10. Resultados y análisis

Los resultados se sistematizan por objetivo específico, en los que se tiene en los dos primeros una caracterización sociodemográfica, de antecedentes obstétricos y atención pre natal, mediante indicadores seleccionados, en los siguientes objetivos se aborda el conocimiento e información sobre embarazo en adolescentes para finalmente estudiar la asociación entre variables de complicaciones obstétricas con variables sociodemográficas y obstétricas.

10.1. Perfil demográfico, y social de las embarazadas adolescentes.

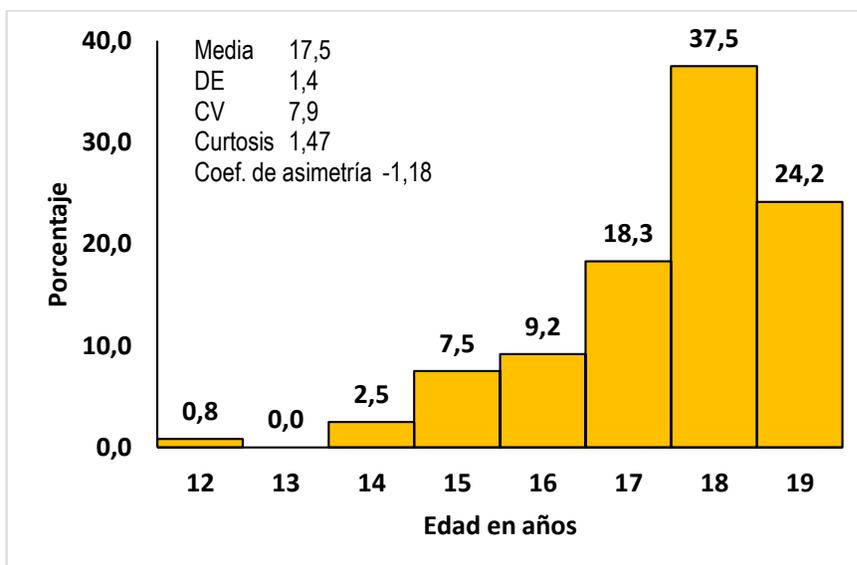
Se incluye en este análisis la edad de las gestantes adolescentes, los estudios y el estado civil.

Tabla 1. Gestantes adolescentes según edad, hospital de la mujer La Paz, 3er trimestre 2017

Edad	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
12 años	1	0,8	0,8
13 años	0	0,0	0,8
14 años	3	2,5	3,3
15 años	9	7,5	10,8
16 años	11	9,2	20,0
17 años	22	18,3	38,3
18 años	45	37,5	75,8
19 años	29	24,2	100,0
Total	120	100,0	

Fuente: Elaboración propia

Gráfico 1. Gestantes adolescentes según edad, hospital de la mujer La Paz, 3er trimestre 2017



Fuente: Elaboración propia

El promedio de edad es de 17,5 años, con una desviación Estándar (DE) de 1,4 años y un coeficiente de variabilidad del 7,9 % que refleja que la muestra estudiada no es dispersa y se concentra en edades mayores, ya que el coeficiente de asimetría es negativo con -1,18.

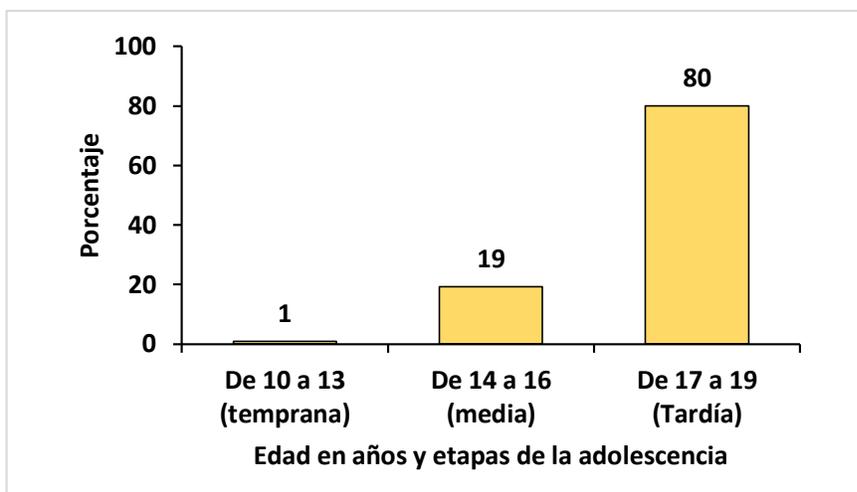
Se puede evidenciar que en el grupo de gestantes adolescentes estudiadas más del 10 % son de 15 años o menos de edad, la mayor proporción se concentra en gestantes de 18 a 19 años de edad con el 37,5 % y el 24,2 % respectivamente.

Tabla 2. Gestantes adolescentes según edad y etapas de la adolescencia, hospital de la mujer La Paz, 3er trimestre 2017

Edad y etapas de la adolescencia	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
De 10 a 13 (temprana)	1	0,8	0,8
De 14 a 16 (media)	23	19,2	20,0
De 17 a 19 (Tardía)	96	80,0	100,0
Total	120	100,0	

Fuente: Elaboración propia

Gráfico 2. Gestantes adolescentes según el número de controles pre natales, hospital de la mujer La Paz, 3er trimestre 2017 (N=120)



Fuente: Elaboración propia

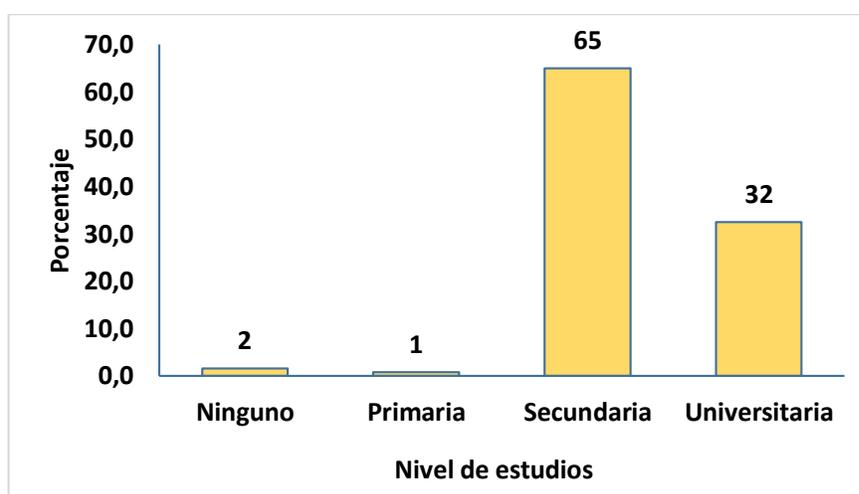
Como se vio anteriormente existe una mínima proporción de gestantes en adolescencia temprana de 10 a 13 años que son gestantes, en la adolescencia media de 14 a 16 años se encontró ya un 19,2 % y finalmente en la adolescencia tardía el 80 %. Llama la atención que unas de cada 5 embarazadas adolescentes sean menores de 17 años.

Tabla 3. Gestantes adolescentes según nivel de estudios, hospital de la mujer La Paz, 3er trimestre 2017

Estudios	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Ninguno	2	1,7	1,7
Primaria	1	0,8	2,5
Secundaria	78	65,0	67,5
Universitaria	39	32,5	100,0
Total	120	100,0	

Fuente: Elaboración propia

Gráfico 3. Gestantes adolescentes según nivel de estudios, hospital de la mujer La Paz, 3er trimestre 2017 (N=120)



Fuente: Elaboración propia

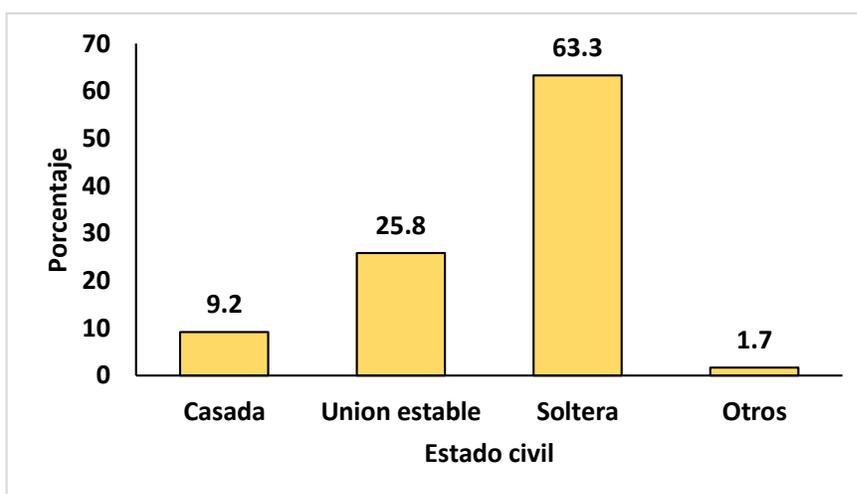
Se observa que existe una mínima proporción de gestantes adolescentes que no tienen ningún estudio o cursaron solo primaria, que en conjunto constituyen el 2,5 %, aunque no deja de ser importante ya que el nivel de educación de las madres es un determinante de la mortalidad infantil, la mayor proporción se encuentran en secundaria con el 65 % y una proporción importante en el nivel universitario con un 32,5 %

Tabla 4. Gestantes adolescentes según estado civil, hospital de la mujer La Paz, 3er trimestre 2017

Estado civil	Frecuencia	Porcentaje
Casada	11	9,2
Unión estable	31	25,8
Soltera	76	63,3
Otros	2	1,7
Total	120	100,0

Fuente: Elaboración propia

Gráfico 4. Gestantes adolescentes según estado civil, hospital de la mujer La Paz, 3er trimestre 2017 (N=120)



Fuente: Elaboración propia

De la muestra de adolescentes gestantes en relación al estado civil se puede observar que una proporción reducida es casada con el 9,2 %, en unión estable responden que se encuentran el 25,8 %, y más de las dos terceras partes son solteras.

10.2. Número de partos, complicaciones obstétricas y atención pre natal en las embarazadas adolescentes.

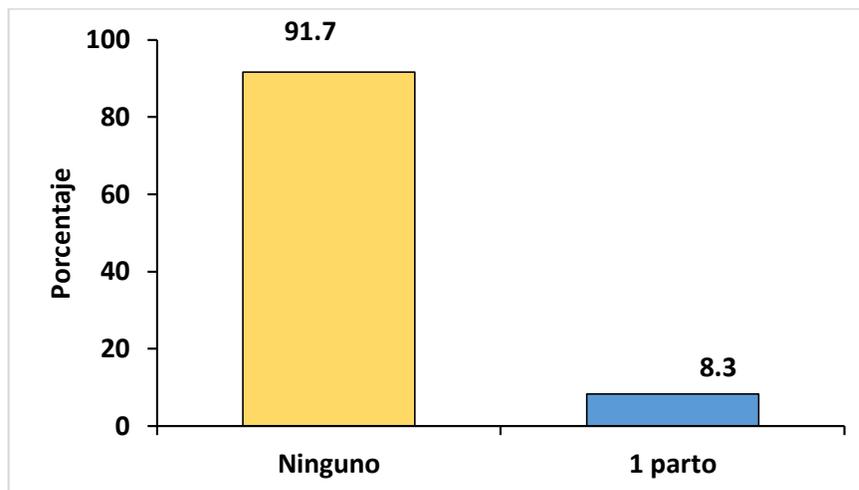
10.2.1. Número de partos y complicaciones obstétricas

Tabla 5. Gestantes adolescentes según número de partos, hospital de la mujer La Paz, 3er trimestre 2017

N° de partos	Frecuencia	Porcentaje
Ninguno	110	91,7
1 parto	10	8,3
Total	120	100,0

Fuente: Elaboración propia

Gráfico 5. Gestantes adolescentes según Número de partos, hospital de la mujer La Paz, 3er trimestre 2017 (N=120)



Fuente: Elaboración propia

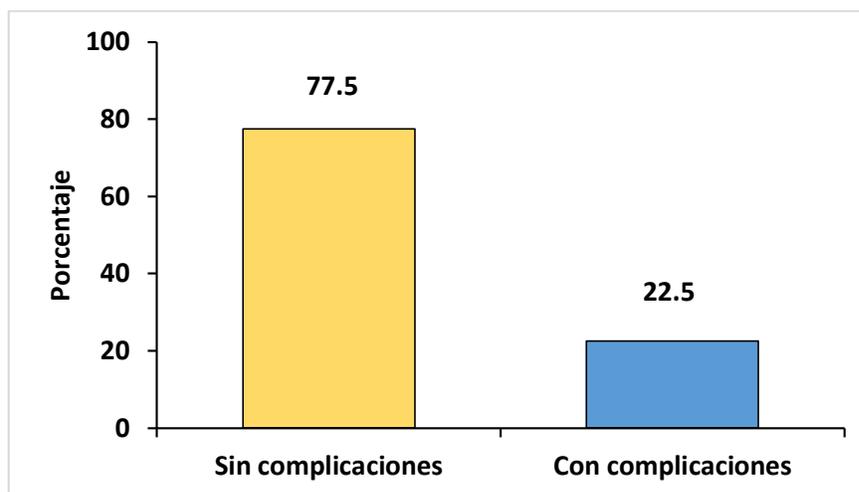
Sobre los antecedentes de partos anteriores en las gestantes adolescentes se pudo evidenciar que de las 120 embarazadas, solo 10 tenían el antecedente de un parto anterior lo cual representa el 8 %.

Tabla 6. Gestantes adolescentes según proporción de complicaciones, hospital de la mujer La Paz, 3er trimestre 2017

Complicaciones durante el embarazo	Frecuencia	Porcentaje
Sin complicaciones	93	77,5
Con complicaciones	27	22,5
Total	120	100,0

Fuente: Elaboración propia

Gráfico 6. Gestantes adolescentes según proporción de complicaciones obstétricas, hospital de la mujer La Paz, 3er trimestre 2017 (N=120)



Fuente: Elaboración propia

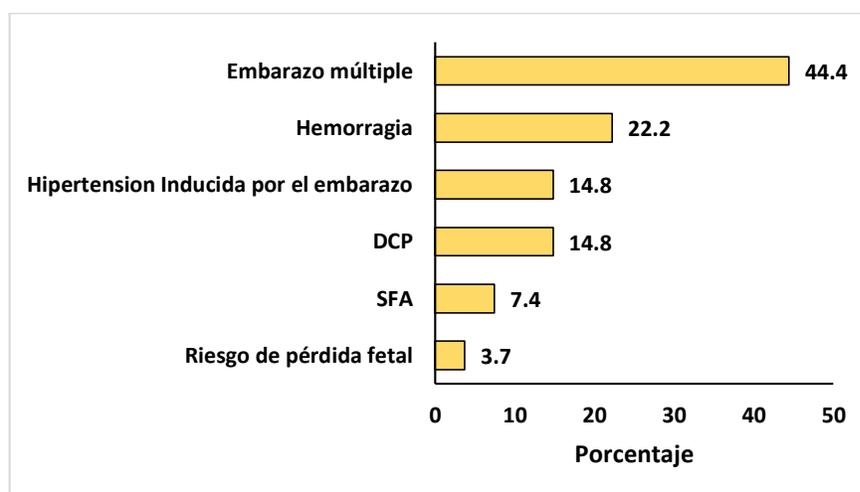
De las 120 adolescentes gestantes, 27 tienen registro de alguna complicación durante el último embarazo, lo cual representa un 23 %. Es decir, de cada 10 adolescentes embarazadas 2 a 3 presentan algún tipo de complicación obstétrica.

Tabla 7. Gestantes adolescentes según tipo de riesgos y complicaciones, hospital de la mujer La Paz, 3er trimestre 2017

Riesgos y Complicaciones durante el embarazo	Frecuencia	Porcentaje
Embarazo múltiple	12	44,4
Hemorragia	6	22,2
DCP	4	14,8
Preeclampsia Eclampsia	4	14,8
SFA	2	7,4
Riesgo de pérdida fetal	1	3,7

Fuente: Elaboración propia

Gráfico 7. Gestantes adolescentes según tipo de complicaciones, hospital de la mujer La Paz, 3er trimestre 2017 (N=27)



Fuente: Elaboración propia

De las 27 adolescentes embarazadas que presentaron complicaciones obstétricas, 12 de ellas que representan el 44,4 % cursaron con embarazo múltiple, 6 presentaron hemorragia lo que representa un 22,2 %, en proporciones iguales se encuentran la hipertensión inducida por el embarazo y la Desproporción céfalo pélvica con el 14,8 % y en proporciones menores se encuentran el sufrimiento fetal agudo y el riesgo de pérdida fetal.

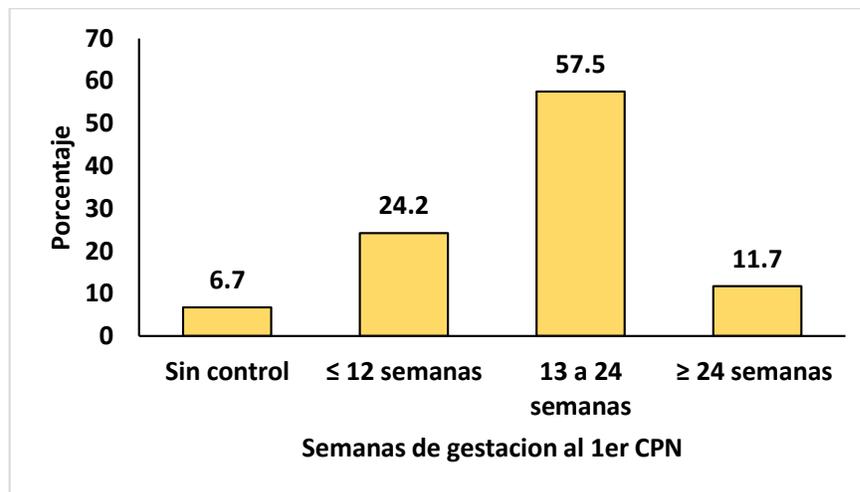
10.2.2. Control pre natal

Tabla 8. Gestantes adolescentes según momento del 1er CPN, hospital de la mujer La Paz, 3er trimestre 2017

Semanas de gestación al 1er Control Pre Natal	Frecuencia	Porcentaje
Sin control	8	6,7
≤ 12 semanas	29	24,2
13 a 24 semanas	69	57,5
≥ 24 semanas	14	11,7
Total	120	100,0

Fuente: Elaboración propia

Gráfico 8. Gestantes adolescentes según momento del 1er CPN, hospital de la mujer La Paz, 3er trimestre 2017 (N=120)



Fuente: Elaboración propia

Solo el 24,2 % de las gestantes adolescentes fueron captadas o se realizaron el primer control pre natal durante las 12 primeras semanas de embarazo o en el primer trimestre de gestación, esta proporción es muy baja considerando las políticas actuales para una mayor captación y control oportuno de embarazadas. La mayor proporción realiza su primer control pre natal durante el segundo trimestre con un 57,5 % y una menor proporción en el último trimestre con el 11,7 %.

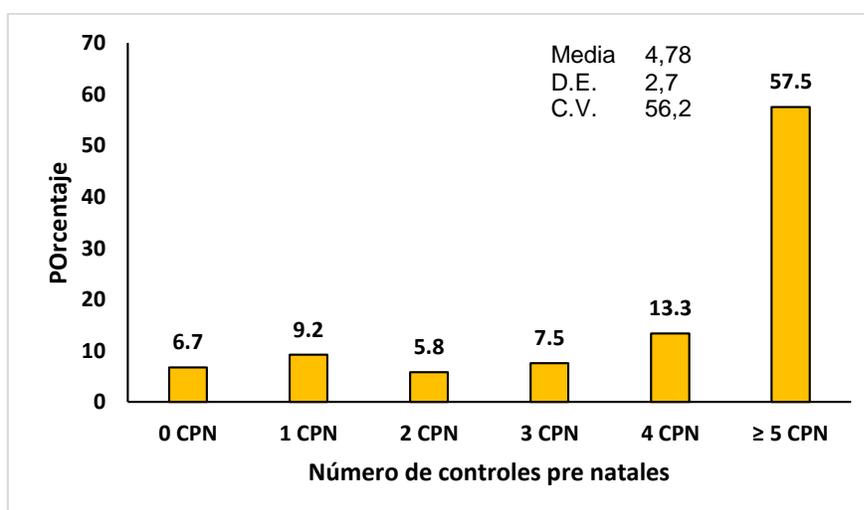
Existe una proporción del 6,7 % de gestantes adolescentes que no realizaron ningún control pre natal, si bien la proporción es menor, pero llama la atención ya que particularmente en este grupo considerado de mayor riesgo no debería encontrarse mujeres embarazadas sin control durante todo el embarazo.

Tabla 9. Gestantes adolescentes según el número de controles pre natales, hospital de la mujer La Paz, 3er trimestre 2017

N° de CPN	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
0 Controles	8	6,7	6,7
1 Control	11	9,2	15,8
2 Controles	7	5,8	21,7
3 Controles	9	7,5	29,2
4 Controles	16	13,3	42,5
≥ 5 Controles	69	57,5	100,0
Total	120	100,0	

Fuente: Elaboración propia

Gráfico 9. Gestantes adolescentes según el número de controles pre natales, hospital de la mujer La Paz, 3er trimestre 2017 (N=120)



Fuente: Elaboración propia

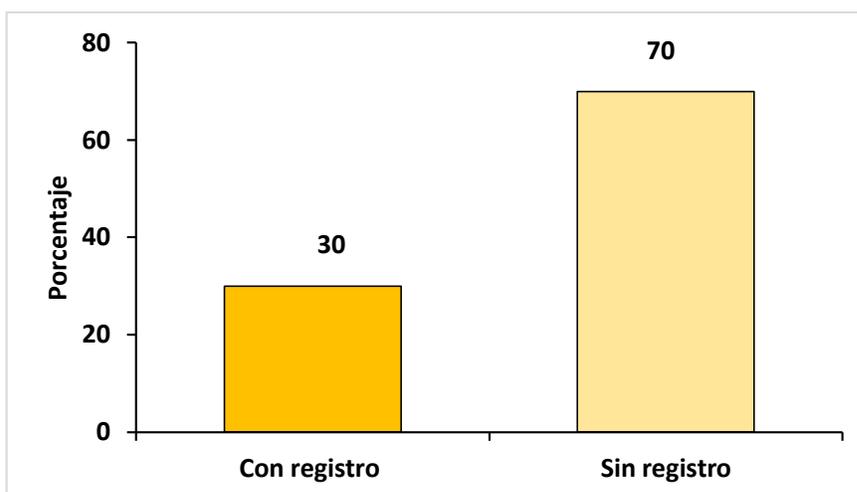
El promedio de controles pre natales que se realizó el grupo de gestantes adolescentes en estudio fue de 4,8, que supera el mínimo necesario para un buen control, sin embargo, el coeficiente de variación es del 56,2 % lo que refleja una amplia dispersión que a su vez nos indica que existen casos tanto en el extremo inferior de pocos controles como en el superior, así se puede observar que la proporción de adolescentes gestantes con menos de 4 CPN es de 30 %

Tabla 10. Gestantes adolescentes según registro de preparación para el parto, hospital de la mujer La Paz, 3er trimestre 2017

Registro preparación para el parto	Frecuencia	Porcentaje
Con registro	36	30,0
Sin registro	84	70,0
Total	120	100,0

Fuente: Elaboración propia

Gráfico 10. Gestantes adolescentes según registro de preparación para el parto, hospital de la mujer La Paz, 3er trimestre 2017 (N=120)



Fuente: Elaboración propia

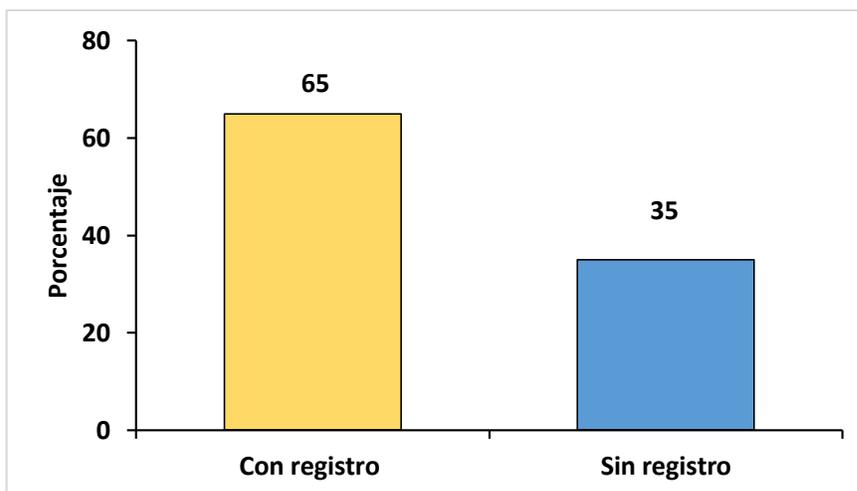
Solo el 30 % de las gestantes adolescentes tiene registrada la preparación para el parto, al restante 70 % no se le informó sobre garantizar el acceso para su atención, los cambios que ocurren en la gestación y aquellos esperados durante el parto y el puerperio.

Tabla 11. Gestantes adolescentes según registro de orientación en lactancia materna, hospital de la mujer La Paz, 3er trimestre 2017

Registro consejería en lactancia materna	Frecuencia	Porcentaje
Con registro	78	65,0
Sin registro	42	35,0
Total	120	100,0

Fuente: Elaboración propia

Gráfico 11. Gestantes adolescentes según registro de consejería en lactancia materna, hospital de la mujer La Paz, 3er trimestre 2017 (N=120)



Fuente: Elaboración propia

En proporción similar solo el 35 % recibió información sobre lactancia materna exclusiva es decir sobre los beneficios de la leche materna y los riesgos de la alimentación con leche artificial, las formas de amamantar, los cambios en la leche materna después del parto

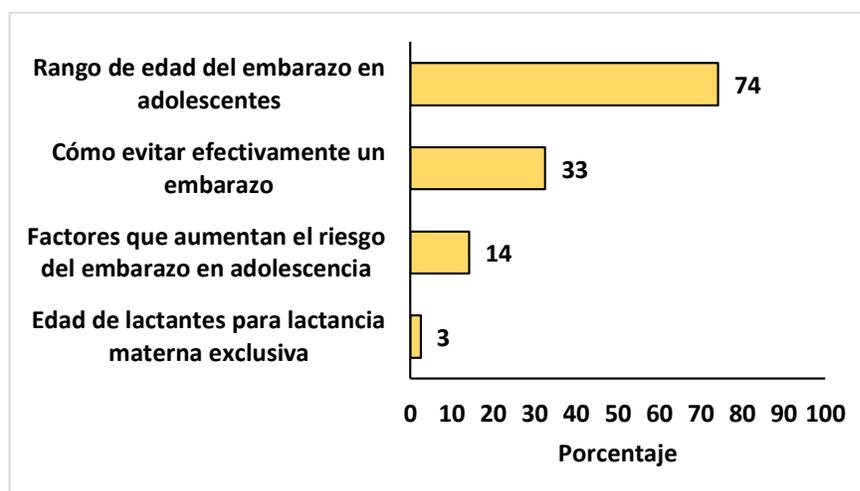
10.3. Conocimiento sobre riesgos del embarazo y planificación familiar en adolescentes.

Tabla 12. Gestantes adolescentes según conocimiento de factores de riesgo en el embarazo, hospital de la mujer La Paz, 3er trimestre 2017

Componentes	Frecuencia	Porcentaje
Rango de edad del embarazo en adolescentes	89	74
Cómo evitar efectivamente un embarazo	39	33
Factores que aumentan el riesgo del embarazo	17	14
Edad de lactantes para lactancia materna exclusiva	3	3

Fuente: Elaboración propia

Gráfico 12. Gestantes adolescentes según conocimiento de factores de riesgo en el embarazo, hospital de la mujer La Paz, 3er trimestre 2017 (N=120)



Fuente: Elaboración propia

De los ítems medidos solo el rango de edad del embarazo en adolescentes alcanza un buen nivel de conocimiento en el grupo de gestantes adolescentes, en tanto que el resto de los ítems se encuentra en un nivel deficiente, como el

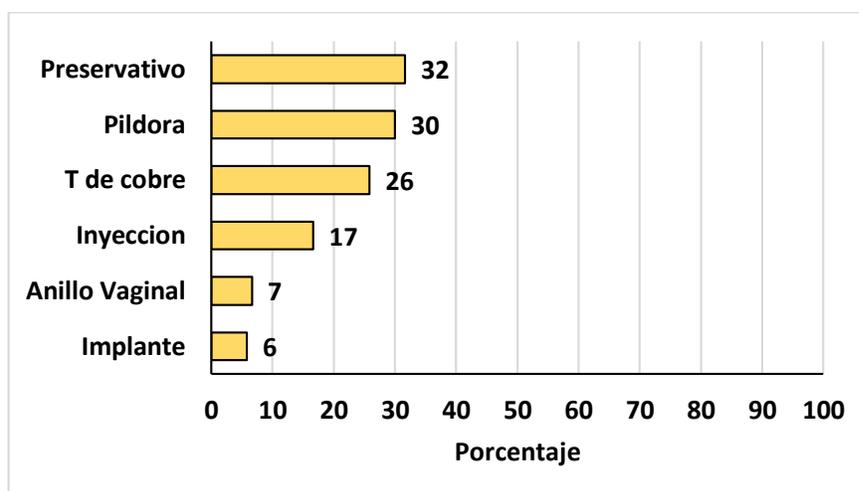
conocimiento de métodos modernos de planificación familiar para evitar efectivamente un embarazo que alcanza apenas un 33 %, y en un nivel más deficiente se encuentran los factores que aumentan los riesgos durante el embarazo y la lactancia materna exclusiva.

Tabla 13. Gestantes adolescentes según conocimiento sobre métodos anticonceptivos, hospital de la mujer La Paz, 3er trimestre 2017

Métodos de planificación Familiar que menciona	Frecuencia	Porcentaje
Preservativo	38	32
Píldora	36	30
T de cobre	31	26
Inyección	20	17
Anillo Vaginal	8	7
Implante	7	6

Fuente: Elaboración propia

Gráfico 13. Gestantes adolescentes según conocimiento sobre métodos anticonceptivos, hospital de la mujer La Paz, 3er trimestre 2017 (N=120)



Fuente: Elaboración propia

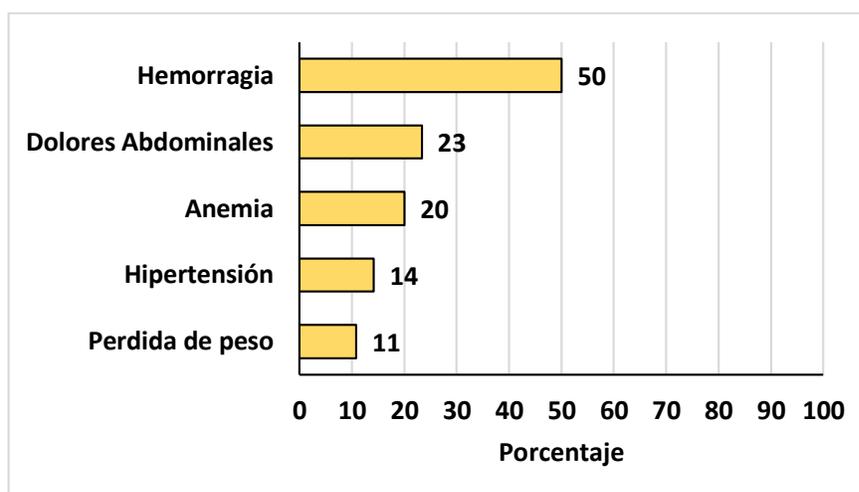
Respecto al nivel de conocimiento sobre métodos de planificación familiar se observa que el conocimiento en general es deficiente, los métodos que más mencionan las adolescentes gestantes son el preservativo y la píldora.

Tabla 14. Gestantes adolescentes según conocimiento Señales de riesgo en el embarazo, hospital de la mujer La Paz, 3er trimestre 2017

Señales de riesgo en el embarazo adolescente	Frecuencia	Porcentaje
Hemorragia	60	50
Dolores Abdominales	28	23
Anemia	24	20
Hipertensión	17	14
Pérdida de peso	13	11

Fuente: Elaboración propia

Gráfico 14. Gestantes adolescentes según conocimiento Señales de riesgo en el embarazo, hospital de la mujer La Paz, 3er trimestre 2017 (N=120)



Fuente: Elaboración propia

Finalmente, el nivel de conocimiento sobre señales de riesgo en el embarazo en adolescentes se encuentra igualmente en un nivel deficiente en todos los ítems medidos. Los ítems que más mencionan las adolescentes son la hemorragia en un 50 % y la anemia en un 20 %. Se menciona igualmente los “dolores abdominales” como una señal de riesgo en un 23 %.

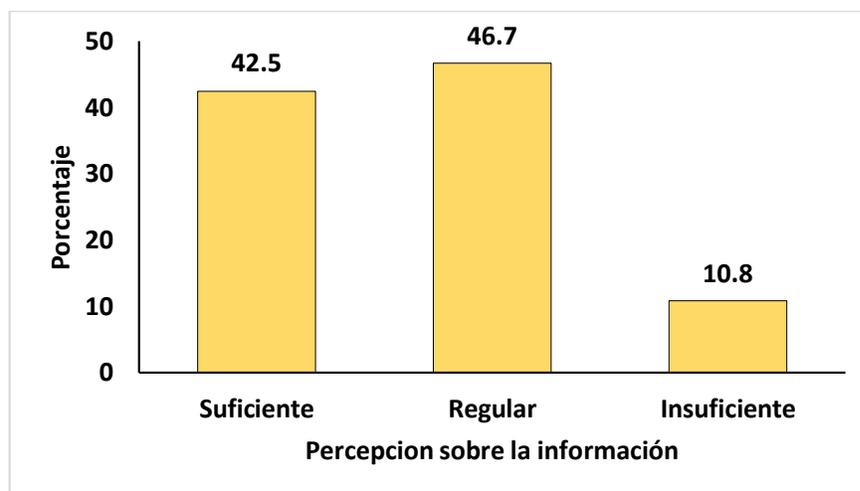
10.4. Percepción sobre la información recibida por el personal de salud.

Tabla 15. Percepción de información sobre signos de alarma en el embarazo por gestantes adolescentes, hospital de la mujer La Paz, 3er trimestre 2017

Percepción sobre la suficiencia de información	Frecuencia	Porcentaje
Suficiente	51	42,5
Regular	56	46,7
Insuficiente	13	10,8
Total	120	100,0

Fuente: Elaboración propia

Gráfico 15. Percepción de información sobre signos de alarma en el embarazo por gestantes adolescentes, hospital de la mujer La Paz, 3er trimestre 2017 (N=120)



Fuente: Elaboración propia

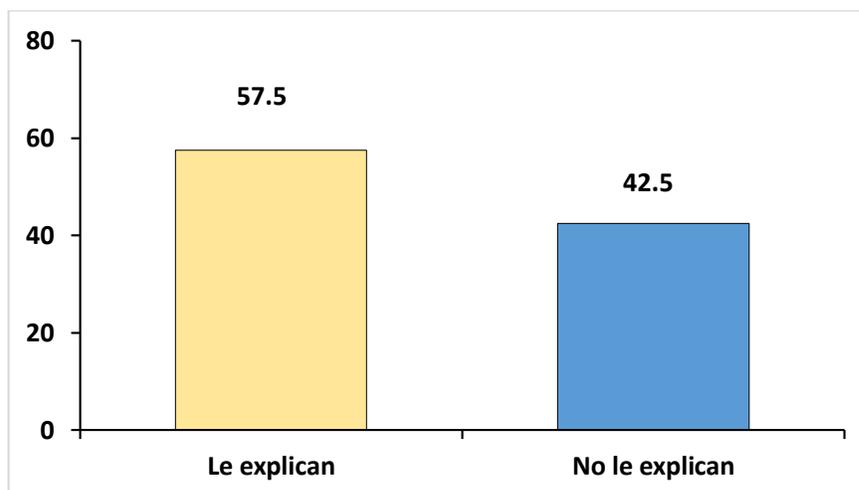
Menos de la mitad de las encuestadas menciona que la información que les brindaron sobre signos de alarma en el embarazo es suficiente con un 42,5 %, particularmente en este grupo etario esta información es muy importante para un mejor control y prevención de complicaciones. En tanto que el 10,8 % menciona que esta información es insuficiente y para el 46,7 % es regular.

Tabla 16. Percepción de información sobre signos de alarma en el embarazo por gestantes adolescentes, hospital de la mujer La Paz, 3er trimestre 2017

Percepción sobre explicación de los signos de alarma	Frecuencia	Porcentaje
Le explican	69	57,5
No le explican	51	42,5
Total	120	100,0

Fuente: Elaboración propia

Gráfico 16. Percepción de información sobre signos de alarma en el embarazo por gestantes adolescentes, hospital de la mujer La Paz, 3er trimestre 2017 (N=120)



Fuente: Elaboración propia

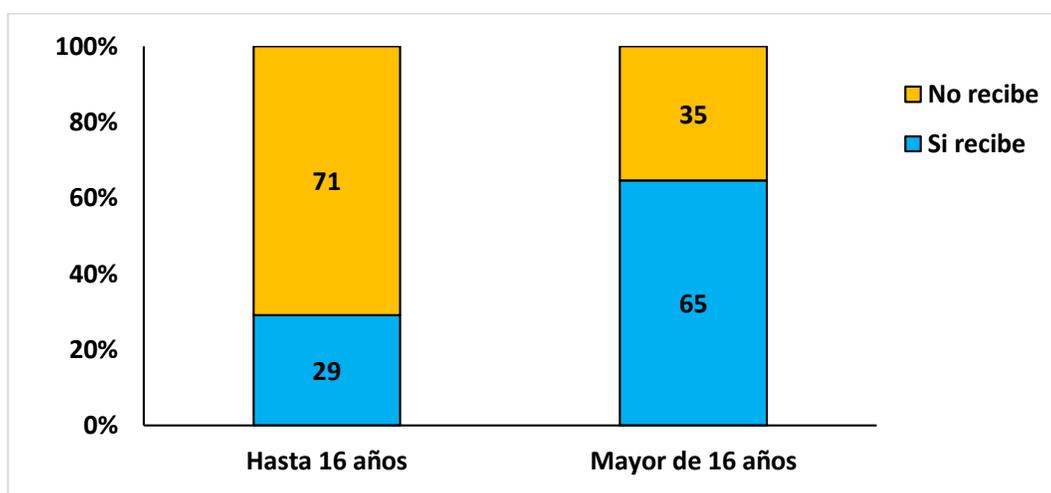
Respecto a la percepción sobre la información del personal de salud sobre signos de alarma en el embarazo a las gestantes adolescentes, el 58 % mencionan que, si les explican, quedando una proporción importante del 42 % que menciona que no les explican sobre los signos de alarma, al igual que en el anterior caso por la prioridad en salud materno perinatal esta proporción respecto a la información es crítica.

Tabla 17. Percepción de información sobre signos de alarma en el embarazo por gestantes adolescentes, según edad, hospital de la mujer La Paz, 3er trimestre 2017

Edad	Percibe que le informan		Total	% que percibe que le informan
	Si	No		
≤ 16 años	7	17	24	29
> 16 años	62	34	96	65
Total	69	51	120	58

Chi² = 9,85 (p = 0,0016)

Fuente: Elaboración propia



Se puede evidenciar que la proporción de gestantes adolescentes menores de 16 años que percibe que le informan es solo del 29 %, en tanto que esta percepción en las mayores de 16 años es del 65 %, estas diferencias han sido estadísticamente significativas. Estas diferencias probablemente se deban a que la atención no es igual en estos dos grupos etarios, o bien las características de educación son diferentes en los dos grupos y los mensajes no están diferenciados.

10.5. Relación entre reincidencia de embarazo y variables sociodemográficas en adolescentes

Tabla 18. Reincidencia de embarazo en adolescentes, según factores sociodemográficos, hospital de la mujer La Paz, 3er trimestre 2017

Factores socio demográficos	Reincidencia de embarazo				Chi2	p	OR (IC 95%)
	Si		No				
	N°	%	N°	%			
Casada o en unión	9	90	33	30	14,51	0,0003	21,00 (2,56-172,49)
Hasta secundaria	9	90	72	65	2,52	0,16	4,75 (0,58-38,91)
Hasta 16 años	1	10	23	21	0,68	0,68	0,42 (0,05-3,49)

Fuente: Elaboración propia

El análisis de asociación entre las variables sociodemográficas de las gestantes adolescentes con la reincidencia de embarazo muestra que en el grupo de las adolescentes que tuvieron reincidencia de embarazo, el 90 % son casadas en tanto que en las que no tuvieron reincidencia de embarazo solo el 30 % son casadas o se encuentran en unión estable, estas diferencias han sido estadísticamente significativas ($p < 0,05$). Y en el análisis de fuerza de asociación el OR muestra que las gestantes casadas o en unión tienen 21 veces más riesgo de reincidencia de embarazo que las que no están casadas. El embarazo en la adolescencia en si es ya un factor de riesgo y la reincidencia en el mismo rango de edad (adolescencia) incrementa aún más este riesgo.

11. Discusión

Respecto a la edad de las madres adolescentes el promedio es de 17,5 años, ligeramente menor que el promedio en otros estudios por ejemplo del Perú donde en un estudio la edad promedio fue de 18,3 años, (mayor que en esta tesis). (16). También es importante mencionar que la mayor proporción de las embarazadas adolescentes en nuestro estudio se encuentran en la adolescencia tardía con el 80 %.

La proporción de gestantes adolescentes que no tienen ningún estudio o cursaron solo primaria es muy bajo, con solo el 2,5 %, la mayor proporción se encuentran en secundaria con el 65 % y una proporción importante en el nivel universitario con un 32,5 %, lo cual refleja que existe un cambio importante en el perfil de educación de los y las adolescentes en nuestro medio al margen de la calidad de educación es un factor positivo el mayor acceso de esta población al sistema de educación ya que por ejemplo en estudio realizados en México hasta el 40% de madres adolescentes tiene estudios solo de primaria. (24)

De la muestra de adolescentes gestantes en relación al estado civil se puede observar que una proporción reducida es casada con el 9,2 %, y en unión estable el 25,8 %, lo cual refleja que existe una proporción alta de madres adolescentes solteras; al respecto un estudio en el Perú reporta que el 54% era conviviente y 7,2% soltera. (18) resultados diferentes al de la tesis ya que se observa una proporción más alta de convivientes.

La reincidencia de embarazo en el grupo estudiado es solo del 8 %. Menor que en un estudio también del Perú donde esta proporción es del 19 %, (16) y en otro estudio reportan un 24 % (18) igualmente mayor que en nuestro estudio. La mayoría de los ítems sobre conocimiento se encuentra en un nivel deficiente, como el conocimiento de métodos modernos de planificación familiar para evitar efectivamente un embarazo que alcanza apenas un 33 %, (18)

y en un nivel más deficiente se encuentran los factores que aumentan los riesgos durante el embarazo y la lactancia materna exclusiva. Estudios similares en México sobre el nivel de conocimiento de métodos de planificación familiar, sobre embarazo no deseado en adolescentes, y utilización de métodos anticonceptivos posparto, se encontró que un 91.3% de las madres adolescentes enunció la píldora anticonceptiva entre los métodos que conocía. Un 84.72% conocía el DIU y 63.68% el condón (25) estas proporciones son mucho mayores en cuanto al nivel de conocimiento encontrado en nuestro estudio.

El nivel de conocimiento sobre señales de riesgo en el embarazo en adolescentes se encuentra igualmente en un nivel deficiente en todos los ítems medidos.

En el grupo de las adolescentes que tuvieron reincidencia de embarazo, el 90 % son casadas en tanto que en las que no tuvieron reincidencia de embarazo solo el 30 % son casadas o se encuentran en unión estable, estas diferencias han sido estadísticamente significativas ($p < 0,05$). sin embargo no se encontraron diferencias significativas respecto a la edad y a la funcionalidad de la familia al igual que en un estudio de España para conocer los comportamientos sexuales y prácticas contraceptivas relacionados con Embarazo no planificado, el año 2012, en este estudio no hubo relación con la edad. (17) al igual que en el resultado de esta tesis

Finalmente sobre la funcionalidad familiar en México se realizó un estudio para determinar el grado de funcionalidad familiar en el caso de adolescentes embarazadas, donde el 55% fueron del grupo de edad de 18 y 19 años. Casadas 85%, en este estudio se concluye que la funcionalidad familiar de las embarazadas adolescentes se encuentra alterada en el 33% de los casos, debido a que no tienen una madurez emocional, no reciben el apoyo y el cariño por parte de su familia de origen, lo que obliga a tomar la decisión de unirse a una pareja. (24) resultado diferente al encontrado en nuestro estudio.

12. Conclusiones y recomendaciones

12.1. Conclusiones

Conclusiones del objetivo 1 (Describir el perfil demográfico, y social de adolescentes embarazadas)

- El promedio de edad de gestantes adolescentes es menor que en otros países de la región y la proporción de gestantes en adolescencia temprana es mayor.
- Existe una alta proporción de gestantes adolescentes con alto nivel de educación, lo cual se convierte en una oportunidad para información y educación a esta población tanto para la prevención de embarazo como para la prevención de complicaciones en embarazadas.
- La proporción de casadas o en unión es reducida en comparación con otros países.

Conclusiones del objetivo 2 (Describir el número de partos, complicaciones obstétricas y atención pre natal en las embarazadas adolescentes)

- Existe una baja captación de gestantes adolescentes en el primer trimestre y la cobertura de gestantes de esta edad con 4 controles es muy baja ya que no alcanza ni una tercera parte de las mismas, e incluso el 7 % de las gestantes adolescentes no se realiza ningún CPN
- El registro de preparación para el parto y de consejería en lactancia materna es muy bajo ya que alcanza solo a la tercera parte de las gestantes controladas.

Conclusiones del objetivo 3 (Medir el nivel de conocimiento sobre riesgos del embarazo en adolescentes)

- El nivel de conocimiento sobre métodos de planificación familiar, sobre señales de riesgo y factores de riesgo en el embarazo adolescente es deficiente.

Conclusiones del objetivo 4 (Identificar la percepción de las gestantes adolescentes sobre la información recibida del personal de salud)

- La percepción de la información sobre signos de alarma es insuficiente y la proporción que percibe que no le explican sobre signos de alarma del embarazo adolescente es alta, y más aún en menores de 16 años ($p < 0,05$) lo cual refleja que en el grupo más vulnerable el conocimiento sobre riesgos es menor.
- Existe asociación estadísticamente significativa entre factores socio demográficos y la reincidencia de embarazo en adolescentes ($p < 0,05$)

12.2. Recomendaciones

- Promover el cumplimiento de actividades de educación e información a las embarazadas adolescentes en función a lo establecido en normas como la preparación para el parto y lactancia materna, para incrementar el conocimiento y disminuir las probabilidades de complicaciones en este grupo que es más vulnerable y prioritario en salud materna y perinatal, particularmente las menores de 16 años, con un enfoque integral biopsicosocial
- Difundir los resultados en los sistemas de educación formal y de salud pública, para disminuir la frecuencia de embarazo en adolescentes.
- Difundir los resultados en el primer nivel de atención para una mayor captación de gestantes adolescentes en el primer trimestre e incrementar la cobertura de gestantes de esta edad con 4 controles
- Priorizar la atención e información sobre los riesgos de la reincidencia de embarazo en adolescentes poniendo énfasis en la pareja y en la familia.

13. Bibliografía

1. OMS | Embarazo en adolescentes: un problema culturalmente complejo [Internet]. WHO. [citado 3 de mayo de 2017]. Disponible en: <http://www.who.int/bulletin/volumes/87/6/09-020609/es/>
2. OMS | El embarazo en la adolescencia [Internet]. WHO. [citado 3 de mayo de 2017]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs364/es/>
3. UNICEF México - Centro de prensa - PLAN y UNICEF: El embarazo adolescente está ligado a la falta de oportunidades y la violencia sexual [Internet]. [citado 3 de mayo de 2017]. Disponible en: https://www.unicef.org/mexico/spanish/noticias_28872.html
4. CDC. Prevención de embarazos en las adolescentes de 15 a 17 años [Internet]. Centers for Disease Control and Prevention. 2014 [citado 3 de mayo de 2017]. Disponible en: <http://www.cdc.gov/spanish/signosvitales/embarazoadolescencia/index.html>
5. OMS | Embarazo en adolescentes: un problema culturalmente complejo [Internet]. WHO. [citado 20 de septiembre de 2017]. Disponible en: <http://www.who.int/bulletin/volumes/87/6/09-020609/es/>
6. Ipas Bolivia: Informe en el área de salud y derechos sexuales y reproductivos en Bolivia a la CEDAW desde la sociedad civil [Internet]. 2015 [citado 4 de agosto de 2017]. Disponible en: <http://ipasbolivia.blogspot.com/2015/03/informe-en-el-area-de-salud-y-derechos.html>
7. Peláez Mendoza J. Adolescente embarazada: características y riesgos. Rev Cuba Obstet Ginecol [Internet]. junio de 1997 [citado 7 de mayo de 2017];23(1):13-7. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0138-600X1997000100003&lng=es&nrm=iso&tlng=es
8. Gaete V. Desarrollo psicosocial del adolescente. Rev Chil Pediatría [Internet]. diciembre de 2015 [citado 7 de mayo de 2017];86(6):436-43. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0370-41062015000600010&lng=es&nrm=iso&tlng=en
9. Roura LC. Obstetricia y medicina materno-fetal. Ed. Médica Panamericana; 2007. 1422 p.

10. Pellicer Martí A, Hidalgo Mora JJ, Perales Marín A, Díaz García C. Obstetricia y Ginecología guía de actuación. Editorial médica Panamericana; 2013. 681-3 p.
11. Menenghello J, Fanta E, Paris E, Puga T. Pediatría. 5.^a ed. Vol. 1. Chile; 405-6 p.
12. Kliegman R, Stanton BF, Schor N, Geme JW, Behrman RE. Nelson Tratado de pediatría. 19.^a ed. Vol. 1. España: ELSEVIER; 2013. 1379-1395 p.
13. Donoso B, Oyarzún E. Embarazo de alto riesgo. Medwave [Internet]. 1 de junio de 2012 [citado 25 de septiembre de 2017];12(05). Disponible en: </link.cgi/Medwave/PuestaDia/Practica/5429>
14. Díaz A, Sanhueza R P, Yaksic B N. RIESGOS OBSTETRICOS EN EL EMBARAZO ADOLESCENTE: ESTUDIO COMPARATIVO DE RESULTADOS OBSTETRICOS Y PERINATALES CON PACIENTES EMBARAZADAS ADULTAS. Rev Chil Obstet Ginecol [Internet]. 2002 [citado 25 de septiembre de 2017];67(6):481-7. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0717-75262002000600009&lng=es&nrm=iso&tlng=es
15. Arechavaleta H, Uzcátegui O, Miranda M, Soto J, Vidal J, Flores R, et al. Embarazo de adolescentes. Rev Obstet Ginecol Venezuela [Internet]. 1985 [citado 28 de marzo de 2017];45(2):89-91. Disponible en: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILA CS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=2177&indexSearch=ID>
16. Urbina C, Pacheco J. EMBARAZO EN ADOLESCENTES. Rev Peru Ginecol Obstet [Internet]. 1 de mayo de 2015 [citado 28 de marzo de 2017];52(2):118-23. Disponible en: <http://108.163.168.202/web/revista/index.php/RPGO/article/view/341>
17. Yago Simón T, Tomás Aznar C. Variables sociodemográficas relacionadas con embarazos no planificados en jóvenes de 13 a 24 años. Rev Esp Salud Publica [Internet]. 201406 [citado 29 de marzo de 2017];88(3):395-406. Disponible en: http://scielo.isciii.es/pdf/resp/v88n3/09_original8.pdf
18. Tay F, Puell L, Neyra L, Seminario A. EMBARAZO EN ADOLESCENTES: COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS. Rev Peru Ginecol Obstet [Internet]. 20 de mayo de 2015 [citado 29 de marzo de 2017];45(3):179-82. Disponible en: <http://www.spog.org.pe/web/revista/index.php/RPGO/article/view/639>

19. Domínguez-Anaya R, Herazo-Beltrán Y. Edad de la gestante adolescente como factor de riesgo para complicaciones en el embarazo. Cartagena (Colombia) 2009. Estudio de corte transversal. Rev Colomb Obstet Ginecol [Internet]. 3 de diciembre de 2015 [citado 30 de marzo de 2017];62(2):141-7. Disponible en: <https://revista.fecolsog.org/index.php/rcog/article/view/230>
20. Villón J, Loyola E, Rosas E, Vera G, Tejada R. Embarazo en adolescentes. Estudio en Acobamba - Huancavelica. 1998. Rev Peru Ginecol Obstet [Internet]. 15 de julio de 2015 [citado 30 de marzo de 2017];45(2):116-9. Disponible en: <http://spog.org.pe/web/revista/index.php/RPGO/article/view/1376>
21. Tascón M, Alfonso L, Benítez C, Isabel D, Ruíz O, Ángel M, et al. Epidemiología de la prematuridad y sus determinantes, en una población de mujeres adolescentes y adultas de Colombia. Rev Chil Obstet Ginecol [Internet]. 201600 [citado 30 de marzo de 2017];81(5):372-80. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262016000500005
22. Fernández LS, Carro Puig E, Osés Ferrera D, Pérez Piñero J. Caracterización del recién nacido en una muestra de gestantes adolescentes. Rev Cuba Obstet Ginecol [Internet]. agosto de 2004 [citado 4 de mayo de 2017];30(2):0-0. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0138-600X2004000200003&lng=es&nrm=iso&tlng=es
23. Pérez Queda R, Rosabal García F, Guerrero P, Luis J, Yabor Palomo A. Bajo peso al nacer y embarazo en la adolescencia en cinco consultorios del médico de la familia. Rev Cuba Med Gen Integral [Internet]. junio de 1995 [citado 4 de mayo de 2017];11(3):239-45. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0864-21251995000300005&lng=es&nrm=iso&tlng=es
24. Rangel JL, Valerio L, Patiño J, García M. Funcionalidad familiar en la adolescente embarazada. Rev Fac Med UNAM [Internet]. 2004 [citado 4 de mayo de 2017];47(1):24-7. Disponible en: <http://new.medigraphic.com/cgi-bin/resumen.cgi?IDARTICULO=646>
25. Núñez-Urquiza RM, Hernández-Prado B, García-Barríos C, González D, Walker D. Embarazo no deseado en adolescentes, y utilización de métodos anticonceptivos posparto. Salud Pública México [Internet]. enero de 2003 [citado 4 de mayo de 2017];45:s92s-102. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0036-36342003000700012&lng=es&nrm=iso&tlng=es

26. El embarazo en adolescentes limita tu proyecto de vida | UNFPA Bolivia [Internet]. [citado 8 de mayo de 2017]. Disponible en: <http://bolivia.unfpa.org/content/el-embarazo-en-adolescentes-limita-tu-proyecto-de-vida>
27. Cabezas Cruz E. Mortalidad materna y perinatal en adolescentes. Rev Cuba Obstet Ginecol [Internet]. abril de 2002 [citado 2 de octubre de 2017];28(1):5-10. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0138-600X2002000100001&lng=es&nrm=iso&tlng=es
28. Mendoza Ruiz A. Hijo de madre adolescente: riesgos, morbilidad y mortalidad neonatal. Rev Chil Obstet Ginecol [Internet]. 2012 [citado 2 de octubre de 2017];77(5). Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-75262012000500008&script=sci_arttext&tlng=en
29. Pineda EB, Alvarado EL, Canales FH. Metodología de la investigación OMS [Internet]. 2.^a ed. Washington DC E.U.A.: PALTEX - OPS; 1994 [citado 18 de febrero de 2017]. 94 p. Disponible en: <http://187.191.86.244/rceis/registro/Metodologia%20de%20la%20Investigacion%20Manual%20para%20el%20Desarrollo%20de%20Personal%20de%20Salud.pdf>
30. Pastor-Barriuso R. Bioestadística. Vol. 1. Madrid, España: CENTRO NACIONAL DE EPIDEMIOLOGÍA – Instituto de Salud Carlos III; 2012. 41-2 p.
31. Jimenes Paneque R. Metodología de la investigación, elementos básicos para la investigación clínica. Vol. 1. Habana Cuba: Representación en Cuba de la Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud; 1998. 43-50 p.
32. Fathalla MF, Fathalla MMF. Guía práctica de investigación en salud. 1.^a ed. Washington DC E.U.A.: Organización Panamericana de la Salud; 2008. 45-8 p. (Publicación Científica y Técnica; vol. 1).
33. Pita Fernández S. Determinación del tamaño muestral [Internet]. fisterra.com. 2010 [citado 19 de febrero de 2017]. Disponible en: <http://www.fisterra.com/mbe/investiga/9muestras/9muestras2.asp>
34. Hernández Sampieri R, Fernández Collado C, Baptista Lucio MDP. Metodología de la investigación. 6.^a ed. Vol. 1. México: Mc Graw Hill; 2014. 118-169 p.

35. Argimon Pallás J, Jiménez Villa J. Métodos de investigación clínica y epidemiológica. 4.^a ed. Vol. 1. España; 2013.
36. Daniel Wayne W. Bioestadística. Base para el análisis de las ciencias de la salud. 5.^a ed. Vol. 1. México: Limusa; 2002. 3-390 p.
37. Castillo Salgado C, Mujica OJ, Loyoloa E, Canela J. Módulo de Principios de Epidemiología para el Control de Enfermedades (MOPECE). 2.^a ed. Washington D.C. E.U.A.; 59-63 p. (Organización Panamericana de la Salud CONTROL - Enfermedades; vol. 3 Medición de las condiciones de salud y enfermedad en la población).
38. Williams JR. Manual de ética médica. 3.^a ed. Vol. 1. Francia: Asociación Médica Mundial; 2015. 95-110 p.

Anexo 1.

Ficha de recolección de datos

La paz, Julio de 2017

Señor:

Dr. Yuri Pérez
JEFE DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION
HOSPITAL DE LA MUJER
Presente.-



Ref: Solicitud de permiso para obtener información para elaboración de tesis.

Distinguido Doctor.

A tiempo de saludarlo y desearle éxito en las funciones que desempeña.

El motivo de la misiva es solicitar el permiso correspondiente para poder tener acceso a la información requerida de historias clínicas, libro de registros, encuestas a pacientes para la elaboración de mi tesis denominada "Riesgo obstétrico, nivel de conocimiento y percepción de la información de enfermería en embarazadas adolescentes Hospital de la Mujer tercer trimestre de la gestión 2017" (agosto - octubre).

Los datos obtenidos de esta tesis serán entregadas al hospital como aporte al área de enseñanza de nuestra prestigiosa institución.

No dudando de su colaboración, me despido de usted cordialmente

Atte.:

Dr. Yuri Pérez Rúa
JEFE DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION
HOSPITAL DE LA MUJER

Natividad Linares Gomez
Licenciada en Enfermería
C.I. 3337345 L.P

VARIABLES	INSTRUCCIONES / CODIGOS
Edad en años	Anote la edad en años cumplidos
Estudios	1. Ninguno 2. Primaria 3. Secundaria 4. Universitaria
Estado civil	1. Casada 2. Unión estable 3. Soltera 4. Otros
Peso antes del embarazo	Anote el peso en Kg.
Talla	Anote la talla en cm
N° gestas	Anotar el número de embarazos
N° de Partos	Anotar el número de partos
Semanas de embarazo al 1er CPN	Anote la semana de gestación al primer control pre natal
N° de controles pre natales en el embarazo actual	Anotar el número de controles pres natales
Preparacion para el parto	1. Si 2. No
Consejería en lactancia materna	1. Si 2. No
complicaciones durante el embarazo	0 = Sin complicaciones 1 = Embarazo múltiple 2. DCP 3. Hemorragia 4. Hipertensión Inducida por el embarazo 5. SFA 6. Embarazo múltiple Riesgo de pérdida fetal 7. Embarazo múltiple SFA

Anexo 2.

Cuestionario

Cuestionario para embarazadas adolescentes sobre riesgos obstétricos perinatales y percepción de la información recibida

Se está realizando un estudio sobre embarazo en adolescentes en el Hospital de la mujer de La Paz, agradeceré a su persona se sirva a responder el presente cuestionario con honestidad y objetividad para ya que los resultados servirán para mejorar la atención en nuestra institución.

INSTRUCTIVO.- Lea atentamente cada pregunta y responda cada una de ellas, las preguntas de selección múltiple tienen una sola respuesta. Llene los espacios en blanco en las preguntas abiertas.

1. Edad: (Anotar la edad en años cumplidos) _____
2. Semana de embarazo _____
3. Número del último control pre natal _____

4. ¿A qué edad considera embarazo en adolescentes?
 - a. Antes de los 20 años
 - b. Antes de los 18 años
 - c. Antes de los 16 años
 - d. Antes de los 14 años

5. ¿Cuál de los siguientes son factores que aumentan el riesgo durante el embarazo en la adolescencia?
 - a. Edad menor de 14 años
 - b. Peso menor de 45 Kg y Talla menor de 1,45 m
 - c. Hábitos alimentarios inadecuados en calidad y cantidad
 - d. Consumo cigarrillos, alcohol o drogas
 - e. Todos
 - f. Ninguno

6. ¿Cómo evitar efectivamente un embarazo?
 - a. Usando métodos anticonceptivos naturales, como el método del ritmo.
 - b. Usando método anticonceptivos como la píldora o aparatos intrauterinos.
 - c. Con abstinencia.
 - d. Por interrupción del coito antes de la eyaculación.
 - e. Otro _____ (Por _____ favor _____ especifique)

7. ¿Qué métodos anticonceptivos conoce? Por favor anote en los siguientes espacios
.....
.....

.....
.....
.....

8. ¿Hasta que edad las niñas y niños deben alimentarse SOLO con leche materna?
- a. Hasta los 3 meses
 - b. Hasta los 6 meses
 - c. Hasta los 9 meses
 - d. Hasta los 1 año

9. ¿Qué señales durante el embarazo conoce usted, que ponen en peligro la vida de la mujer embarazada y del bebe?

.....
.....
.....
.....
.....
.....

10. ¿Le explican los signos de alarma que se pueden presentar durante el embarazo?
- a. Si
 - b. No

11. La información que le dieron para la atención del parto en el hospital considera que es:
- a. Suficiente
 - b. Regular
 - c. Insuficiente
 - d. No le dieron ninguna información.

Anexo 3.

Códigos para la tabulación de datos

VARIABLES	INSTRUCCIONES / CODIGOS
Edad en años	Anote la edad en años cumplidos
Estudios	1. Ninguno 2. Primaria 3. Secundaria 4. Universitaria
Estado civil	1. Casada 2. Union estable 3. Soltera 4. Otros
Peso antes del embarazo	Anote el peso en Kg.
Talla	Anote la talla en cm
N° gestas	Anotar el número de embarazos
N° de Partos	Anotar el número de partos
Semanas de embarazo al 1er CPN	Anote la semana de gestacion al primer control pre natal
N° de controles pre natales en el embarazo actual	Anotar el número de controles pres natales
Preparacion para el parto	1. Si 2. No
Consejería en lactancia materna	1. Si 2. No
complicaciones durante el embarazo	0 = Sin complicaciones 1 = Embarazo multiple 2. DCP 3. Hemorragia 4. Hipertension Inducida por el embarazo 5. SFA 6. Embarazo multiple Riesgo de pérdida fetal 7. Embarazo multiple SFA
Semanas de embarazo al momento de la encuesta	Anote las semanas de embarazo al momento de la encuesta
1. ¿Hasta qué edad considera embarazo en adolescentes?	1. Hasta los 19 años 2. Hasta los 18 años 3. Hasta los 16 años 4. Hasta los 14 años
2. ¿Cuál de los siguientes son factores que aumentan el riesgo durante el embarazo en la adolescencia?	1. Edad menor de 14 años 2. Peso menor de 45 Kg y Talla menor de 1,45 m 3. Hábitos alimentarios inadecuados en calidad y cantidad 4. Consumo cigarrillos, alcohol o drogas 5. Todos 6. Ninguno
3. ¿Cómo evitar efectivamente un embarazo?	1. Usando métodos anticonceptivos naturales, como el método del ritmo 2. Usando método anticonceptivos como la píldora o aparatos intrauterinos 3. Con abstinencia 4. Por interrupción del coito antes de la

VARIABLES	INSTRUCCIONES / CODIGOS
	eyaculación 5. Otro (Por favor especifique) _____
Cuanto metodos conoce	Anotar el numero de metodos que mencione
Conoce el metodo de la T de cobre	1. Conoce 2. No conoce
Conoce el método de la Pildora	1. Conoce 2. No conoce
Conoce el método del Preservativo	1. Conoce 2. No conoce
Conoce el método del Implante	1. Conoce 2. No conoce
Conoce el método del Anillo Vaginal	1. Conoce 2. No conoce
Conoce el método basado en Inyecciones	1. Conoce 2. No conoce
6. Hasta que edad las niñas y niños deben alimentarse SOLO con leche materna?	1. Hasta los 3 meses 2. Hasta los 6 meses 3. Hasta los 9 meses 4. Hasta los 12 meses
Cuantas señales durante el embarazo conoce usted, que ponen en peligro la vida de la mujer embarazada y del bebe	Anote el número de señales que menciona
Hemorragia	1. Conoce 2. No conoce
Hipertensión	1. Conoce 2. No conoce
Anemia	1. Conoce 2. No conoce
Dolores Abdominales	1. Conoce 2. No conoce
Pérdida de peso	1. Conoce 2. No conoce
8. ¿Le explican los signos de alarma que se pueden presentar durante el embarazo?	1. Si; 2. No
9. Considera que la información que se ofrece a la adolescentes embarazadas para el trabajo de parto es:	1. Suficiente 2. Regular 3. Insuficiente 4. No le dieron ninguna información.

Anexo 4.
Base de datos

Base de datos

N°	Edad en años	Estudios	Estado civil	Peso antes del embarazo	Talla	IMC	N° gestas	N° de Partos	Semanas de embarazo al 1er CPN	N° de controles pre natales en el embarazo actual	Preparación para el parto	Consejería en lactancia materna	complicaciones durante el embarazo	Semana de embarazo al momento de la encuesta	¿A qué edad considera embarazo en adolescentes?	¿Cuál de los siguientes son factores que aumentan el riesgo durante el embarazo en la adolescencia?
1	18	4	3	42	1,47	19,4	1	0	32	1	2	1	0	39	1	4
2	18	3	3	61	1,65	22,4	1	0	12	9	2	2	5	35	2	3
3	18	3	3	61	1,65	22,4	1	0	12	9	2	2	6	35	1	3
4	16	3	3	67	1,71	22,9	1	0	18	4	2	2	0	39	3	5
5	18	4	2	49	1,57	19,9	1	0	16	1	2	1	3	37	1	5
6	17	3	2	59	1,63	22,2	1	0	12	5	2	1	0	38	2	3
7	18	4	3	45	1,59	17,8	1	0	16	3	1	1	0	34	1	2
8	17	3	1	49	1,57	19,9	1	0	20	4	2	2	0	40	3	4
9	18	3	1	40	1,55	16,6	2	1	15	3	1	1	2	40	1	1
10	19	4	2	52	1,49	23,4	1	0	12	8	2	1	0	39	1	3
11	19	4	3	57	1,66	20,7	1	0	15	5	2	2	0	40	1	4
12	12	3	3	39	1,47	18,0	1	0	23	1	2	2	3	40	2	3
13	18	3	2	57	1,63	21,5	1	0	15	1	1	1	0	34	1	3
14	19	4	1	53	1,66	19,2	1	0	20	3	2	2	0	37	1	3
15	19	4	2	57	1,68	20,2	1	0	18	4	1	1	0	37	1	1
16	15	3	3	54	1,61	20,8	1	0	25	8	2	2	4	39	2	3
17	17	3	3	54	1,59	21,4	1	0	12	5	2	1	0	38	1	3
18	15	3	3	51	1,57	20,7	1	0	19	4	2	2	0	38	2	3
19	19	4	2	53	1,62	20,2	1	0	15	5	1	1	0	40	1	4
20	19	4	3	44	1,53	18,8	1	0	28	3	2	1	0	40	1	1
21	15	3	3	47	1,53	20,1	1	0	15	8	2	2	3	38	2	1
22	17	3	3	60	1,69	21,0	1	0	10	1	2	2	0	38	2	4
23	17	3	3	41	1,47	19,0	1	0	13	5	2	2	0	36	1	5
24	18	4	2	49	1,57	19,9	1	0	19	4	2	2	0	36	1	4
25	15	3	3	44	1,49	19,8	1	0	20	5	2	1	0	38	2	4
26	17	3	3	49	1,53	20,9	1	0	22	2	2	2	0	31	2	4
27	19	3	2	53	1,61	20,4	2	1	15	5	1	1	0	38	1	4
28	18	3	2	57	1,63	21,5	1	0	21	8	2	1	0	36	2	3
29	19	4	3	63	1,69	22,1	1	0	12	4	2	1	0	39	1	3
30	18	3	3	54	1,59	21,4	1	0	12	7	2	2	0	37	1	4
31	17	3	3	46	1,54	19,4	1	0	15	5	2	2	0	38	1	3
32	19	4	1	63	1,69	22,1	1	0	12	9	1	1	0	38	1	3
33	18	4	2	56	1,63	21,1	1	0	21	4	2	1	0	39	1	3
34	17	3	3	53	1,56	21,8	1	0	12	5	2	2	0	39	1	4
35	16	3	3	59	1,61	22,8	1	0	12	4	2	2	0	36	2	5
36	18	4	2	56	1,63	21,1	1	0	0	0	2	1	0	32	1	3

N°	Edad en años	Estudios	Estado civil	Peso antes del embarazo	Talla	IMC	N° gestas	N° de Partos	Semanas de embarazo al 1er CPN	N° de controles pre natales en el embarazo actual	Preparación para el parto	Consejería en lactancia materna	complicaciones durante el embarazo	Semana de embarazo al momento de la encuesta	¿A qué edad considera embarazo en adolescentes?	¿Cuál de los siguientes son factores que aumentan el riesgo durante el embarazo en la adolescencia?
37	16	3	3	49	1,57	19,9	1	0	13	8	1	1	0	39	1	4
38	16	3	3	47	1,54	19,8	1	0	12	6	2	1	0	39	2	4
39	18	4	2	58	1,67	20,8	1	0	15	7	1	1	0	38	1	3
40	14	3	3	38	1,42	18,8	1	0	15	7	2	2	0	37	2	3
41	19	4	1	57	1,69	20,0	1	0	13	7	1	1	0	35	1	3
42	17	3	3	53	1,66	19,2	1	0	15	8	2	2	0	38	2	4
43	18	4	3	57	1,68	20,2	1	0	12	8	2	1	0	40	1	3
44	19	4	1	54	1,61	20,8	1	0	18	6	2	1	2	40	1	4
45	18	4	2	54	1,59	21,4	1	0	32	1	2	1	0	39	1	4
46	18	3	3	51	1,57	20,7	1	0	26	3	2	2	0	37	1	3
47	16	3	3	53	1,62	20,2	1	0	19	4	2	2	0	39	2	5
48	17	3	3	44	1,53	18,8	1	0	15	5	2	2	0	37	2	5
49	19	1	4	57	1,62	21,7	1	0	12	5	1	1	0	38	1	4
50	17	3	3	46	1,51	20,2	1	0	12	8	2	2	0	40	2	3
51	18	4	3	55	1,65	20,2	1	0	12	9	2	1	0	40	1	1
52	19	4	1	58	1,66	21,0	1	0	19	2	1	1	1	32	1	1
53	19	4	1	58	1,66	21,0	1	0	31	2	1	1	1	32	1	2
54	16	2	2	55	1,60	21,5	2	1	12	10	1	1	0	39	1	4
55	16	3	3	52	1,58	20,8	1	0	0	0	2	2	0	32	2	1
56	19	4	3	58	1,61	22,4	1	0	12	8	2	1	0	39	1	3
57	17	3	3	57	1,60	22,3	1	0	15	6	2	1	0	37	1	3
58	18	3	2	59	1,62	22,5	2	1	15	6	1	1	0	40	1	4
59	17	3	3	49	1,57	19,9	1	0	13	5	2	1	3	40	1	4
60	17	3	3	53	1,60	20,7	1	0	15	6	2	2	4	37	1	1
61	17	3	3	57	1,69	20,0	1	0	12	9	1	1	0	40	2	4
62	16	3	3	53	1,66	19,2	1	0	17	4	2	1	0	39	2	2
63	19	4	2	57	1,68	20,2	1	0	15	5	1	1	0	40	1	5
64	18	3	3	53	1,66	19,2	1	0	36	1	2	1	0	38	1	3
65	19	3	3	57	1,68	20,2	1	0	21	3	1	1	0	37	1	5
66	15	3	3	54	1,61	20,8	1	0	13	9	1	1	0	39	2	4
67	19	4	2	62	1,67	22,2	1	0	15	7	1	1	1	36	1	4
68	19	4	2	62	1,67	22,2	1	0	15	7	1	1	1	36	1	4
69	19	4	2	62	1,67	22,2	1	0	15	7	1	1	1	36	1	4
70	16	3	3	49	1,54	20,7	1	0	10	1	2	1	0	36	1	5
71	18	3	3	67	1,71	22,9	1	0	12	5	2	1	0	34	1	3
72	18	1	4	58	1,64	21,6	1	0	13	3	2	1	0	40	1	4
73	18	3	3	54	1,60	21,1	1	0	17	4	2	1	0	38	1	4
74	15	3	3	45	1,59	17,8	1	0	13	5	2	1	0	34	2	4

N°	Edad en años	Estudios	Estado civil	Peso antes del embarazo	Talla	IMC	N° gestas	N° de Partos	Semanas de embarazo al 1er CPN	N° de controles pre natales en el embarazo actual	Preparación para el parto	Consejería en lactancia materna	complicaciones durante el embarazo	Semana de embarazo al momento de la encuesta	¿A qué edad considera embarazo en adolescentes?	¿Cuál de los siguientes son factores que aumentan el riesgo durante el embarazo en la adolescencia?
75	19	4	2	53	1,66	19,2	1	0	15	5	1	1	0	36	1	3
76	18	4	1	58	1,61	22,4	2	1	0	0	2	2	3	26	1	2
77	18	3	1	57	1,60	22,3	2	1	16	5	2	1	0	37	1	3
78	18	4	2	54	1,57	21,9	1	0	12	7	1	1	1	36	1	3
79	18	4	2	54	1,57	21,9	1	0	12	7	1	1	1	36	1	3
80	19	4	3	58	1,66	21,0	1	0	19	4	2	1	0	39	1	3
81	19	3	3	55	1,60	21,5	1	0	13	9	2	1	0	38	1	4
82	16	3	3	52	1,58	20,8	1	0	0	0	2	2	0	40	2	3
83	15	3	3	38	1,42	18,8	1	0	0	0	2	2	2	40	1	4
84	17	3	3	52	1,58	20,8	1	0	15	5	2	1	0	39	1	2
85	18	4	3	49	1,57	19,9	1	0	15	5	2	1	0	37	1	1
86	17	3	3	53	1,60	20,7	1	0	14	5	2	1	0	37	1	4
87	18	3	3	46	1,54	19,4	1	0	12	5	1	1	3	36	1	4
88	15	3	3	42	1,49	18,9	1	0	0	0	2	2	0	39	2	5
89	19	4	3	58	1,61	22,4	1	0	0	0	2	1	0	33	1	3
90	17	3	3	57	1,60	22,3	1	0	28	2	2	2	0	41	1	5
91	18	4	3	54	1,57	21,9	1	0	16	4	2	1	0	40	1	3
92	19	4	3	53	1,66	19,2	1	0	26	1	1	1	0	39	1	3
93	18	3	2	57	1,68	20,2	2	1	15	5	2	1	0	41	1	3
94	17	3	3	54	1,61	20,8	1	0	0	0	2	2	0	38	1	4
95	18	3	3	59	1,63	22,2	2	1	12	9	1	1	0	39	1	4
96	18	3	2	57	1,63	21,5	1	0	15	5	2	1	0	34	1	4
97	18	3	2	57	1,63	21,5	1	0	15	5	2	1	7	34	1	5
98	19	4	1	59	1,61	22,8	1	0	13	8	1	1	0	40	1	4
99	18	3	2	55	1,60	21,5	2	1	12	9	1	1	0	38	1	1
100	19	4	3	60	1,64	22,3	1	0	16	4	2	1	0	40	1	3
101	17	3	3	56	1,59	22,2	1	0	17	5	2	2	0	38	2	3
102	17	3	3	54	1,55	22,5	1	0	15	5	2	1	0	39	1	5
103	18	3	3	66	1,71	22,6	1	0	20	4	2	2	0	38	1	4
104	18	3	3	58	1,63	21,8	1	0	26	3	2	2	0	37	1	4
105	14	3	3	50	1,55	20,8	1	0	15	6	2	2	4	39	2	3
106	18	3	3	57	1,60	22,3	1	0	12	5	2	2	0	40	1	3
107	18	3	2	60	1,66	21,8	2	1	29	2	1	1	1	37	1	5
108	18	3	2	60	1,66	21,8	1	0	29	2	2	2	1	37	1	5
109	18	3	2	60	1,66	21,8	1	0	29	2	2	2	1	37	1	5
110	18	3	2	57	1,64	21,2	1	0	13	7	2	2	0	35	1	3
111	18	3	3	53	1,66	19,2	1	0	15	6	2	1	0	39	1	3
112	18	3	3	57	1,68	20,2	1	0	12	11	1	1	4	39	1	5

N°	Edad en años	Estudios	Estado civil	Peso antes del embarazo	Talla	IMC	N° gestas	N° de Partos	Semanas de embarazo al 1er CPN	N° de controles pre natales en el embarazo actual	Preparación para el parto	Consejería en lactancia materna	complicaciones durante el embarazo	Semana de embarazo al momento de la encuesta	¿A qué edad considera embarazo en adolescentes?	¿Cuál de los siguientes son factores que aumentan el riesgo durante el embarazo en la adolescencia?
113	18	3	3	52	1,57	21,1	1	0	19	1	2	2	0	37	1	4
114	17	3	3	57	1,69	20,0	1	0	12	9	1	1	0	40	2	3
115	16	3	3	53	1,66	19,2	1	0	17	4	2	1	0	39	1	3
116	19	4	2	57	1,68	20,2	1	0	15	5	1	1	0	41	1	3
117	18	3	3	53	1,66	19,2	1	0	36	1	2	1	0	38	1	1
118	19	3	3	57	1,68	20,2	1	0	21	3	1	1	0	39	2	3
119	15	3	3	54	1,61	20,8	1	0	13	9	1	1	0	34	1	3
120	14	3	3	50	1,55	20,8	1	0	15	6	2	2	2	38	2	3

... Continúa base de datos

N°	¿Cómo evitar efectivamente un embarazo?	Cuanto métodos conoce	T de cobre	Píldora	Preservativo	Implante	Anillo Vaginal	Inyección	Hasta que edad las niñas y niños deben alimentarse SOLO con leche materna?	Cuántas señales durante el embarazo conoce usted, que ponen en peligro la vida de la mujer y del bebe	Hemorragia	Hipertensión	Anemia	Dolores Abdominales	Pérdida de peso	¿Le explican los signos de alarma que se pueden presentar durante el embarazo?	La información que le dieron para la atención del parto en el hospital considera que es:
1	3	2	1	1	2	2	2	2	4	2	1	1	2	2	2	2	3
2	2	1	1	2	2	2	2	2	4	1	1	2	2	2	2	2	2
3	2	1	1	2	2	2	2	2	4	1	1	2	2	2	2	2	2
4	3	1	2	2	1	2	2	2	4	1	1	2	2	2	2	2	2
5	2	1	2	2	1	2	2	2	4	2	1	2	1	2	2	1	1
6	3	1	2	1	2	2	2	2	3	1	2	2	2	1	2	1	2
7	3	1	1	2	2	2	2	2	4	1	2	2	2	2	1	1	2
8	3	1	2	2	1	2	2	2	4	1	2	1	2	2	2	1	3
9	3	1	2	2	1	2	2	2	4	1	2	2	2	1	2	2	2
10	3	1	2	2	2	1	2	2	3	1	1	2	2	2	2	1	3
11	3	1	2	2	1	2	2	2	3	1	2	2	2	1	2	1	1
12	2	1	2	2	1	2	2	2	3	1	2	1	2	2	2	2	1
13	3	1	2	1	2	2	2	2	4	1	2	1	2	2	2	2	1
14	3	2	2	1	1	2	2	2	4	1	1	2	2	2	2	1	1
15	3	1	2	1	2	2	2	2	4	1	2	2	2	2	1	1	1
16	3	1	2	2	1	2	2	2	3	1	1	2	2	2	2	1	2
17	3	1	2	2	1	2	2	2	3	2	1	2	1	2	2	2	1
18	3	1	1	2	2	2	2	2	3	1	2	2	2	1	2	2	2
19	3	1	2	1	2	2	2	2	4	1	2	2	2	2	1	2	2
20	3	1	2	2	2	2	2	1	4	1	2	1	2	2	2	2	1
21	2	1	2	2	2	2	2	2	3	1	2	1	2	2	2	2	1
22	3	1	2	2	2	1	2	2	4	1	2	2	2	1	2	1	2
23	3	1	2	1	2	2	2	2	4	1	1	2	2	2	2	2	2
24	2	1	2	1	2	2	2	2	3	1	1	2	2	2	2	1	1
25	2	1	2	2	1	2	2	2	3	2	1	2	1	2	2	1	2
26	3	1	2	1	2	2	2	2	3	1	2	2	2	1	2	1	2
27	3	1	1	2	2	2	2	2	4	1	2	2	2	2	1	1	2
28	3	1	2	2	2	2	1	2	3	1	1	2	2	2	2	1	2
29	3	1	2	2	1	2	2	2	4	2	1	2	1	2	2	1	1
30	3	1	2	1	2	2	2	2	4	1	2	2	2	1	2	2	1
31	2	1	2	1	2	2	2	2	4	1	2	1	2	2	2	1	2
32	3	1	2	2	1	2	2	2	4	1	2	2	2	1	2	2	3
33	3	1	2	1	2	2	2	2	4	1	1	2	2	2	2	2	2
34	2	1	1	2	2	2	2	2	3	1	1	2	2	2	2	2	2
35	2	1	2	2	2	2	1	2	4	2	1	2	1	2	2	1	1
36	2	1	1	2	2	2	2	2	4	1	2	2	2	1	2	1	2
37	3	1	2	1	2	2	2	2	3	1	2	2	2	2	1	1	1
38	3	1	2	2	2	2	2	1	4	1	1	2	2	2	2	2	1
39	2	2	2	1	1	2	2	2	4	1	1	2	2	2	2	2	2
40	2	2	1	2	2	2	2	1	4	2	1	2	1	2	2	2	1
41	3	1	1	2	2	2	2	2	3	1	2	2	2	1	2	2	1
42	3	1	2	2	1	2	2	2	4	1	1	2	2	2	2	1	2

N°	¿Cómo evitar efectivamente un embarazo?	Cuanto métodos conoce	T de cobre	Píldora	Preservativo	Implante	Anillo Vaginal	Inyección	Hasta que edad las niñas y niños deben alimentarse SOLO con leche materna?	Cuántas señales durante el embarazo conoce usted, que ponen en peligro la vida de la mujer y del bebe	Hemorragia	Hipertensión	Anemia	Dolores Abdominales	Pérdida de peso	¿Le explican los signos de alarma que se pueden presentar durante el embarazo?	La información que le dieron para la atención del parto en el hospital considera que es:
43	2	1	2	2	2	1	2	2	4	2	1	2	1	2	2	1	2
44	3	1	2	2	2	2	1	2	4	1	2	2	2	1	2	1	2
45	2	1	2	1	2	2	2	2	4	1	1	2	2	2	2	1	2
46	3	2	1	2	1	2	2	2	4	2	1	2	1	2	2	1	3
47	3	1	2	1	2	2	2	2	4	1	2	2	2	1	2	2	1
48	3	1	2	2	1	2	2	2	3	1	1	2	2	2	2	1	1
49	3	1	2	2	1	2	2	2	4	2	1	2	1	2	2	2	1
50	2	1	1	2	2	2	2	2	3	1	2	2	2	1	2	1	1
51	3	1	2	1	2	2	2	2	3	1	2	2	2	2	1	1	2
52	3	1	2	2	2	2	2	1	4	1	2	2	2	1	2	1	2
53	3	1	2	1	2	2	2	2	4	1	2	2	2	1	2	1	2
54	3	1	2	2	1	2	2	2	3	1	1	2	2	2	2	2	3
55	2	1	2	1	2	2	2	2	4	2	1	2	1	2	2	2	3
56	2	1	1	2	2	2	2	2	4	1	2	2	2	1	2	1	2
57	3	1	2	2	2	2	1	2	4	1	2	2	2	2	1	1	1
58	3	1	1	2	2	2	2	2	3	1	1	2	2	2	2	1	2
59	3	1	2	1	2	2	2	2	4	2	1	2	1	2	2	2	1
60	3	2	1	2	2	2	2	1	4	1	1	2	2	2	2	1	2
61	3	1	2	2	1	2	2	2	2	1	1	2	2	2	2	2	2
62	3	1	1	2	2	2	2	2	4	2	1	2	1	2	2	2	2
63	3	1	2	1	2	2	2	2	3	1	2	2	2	1	2	1	1
64	3	1	2	2	2	2	2	1	2	1	2	2	2	2	1	1	1
65	3	2	2	1	1	2	2	2	2	1	2	1	2	2	2	2	1
66	3	1	1	2	2	2	2	2	4	1	2	2	2	2	1	2	1
67	3	1	2	2	2	1	2	2	3	1	1	2	2	2	2	1	1
68	3	2	2	2	1	2	2	1	3	1	1	2	2	2	2	1	1
69	3	2	1	1	2	2	2	2	3	1	1	2	2	2	2	1	1
70	3	1	2	2	1	2	2	2	4	1	2	2	2	2	1	2	2
71	2	1	2	1	2	2	2	2	4	1	1	2	2	2	2	2	3
72	2	1	2	2	1	2	2	2	4	2	1	2	1	2	2	1	1
73	3	1	2	1	2	2	2	2	4	1	2	2	2	1	2	1	1
74	3	1	2	2	1	2	2	2	3	1	2	2	2	2	1	1	3
75	3	1	2	2	1	2	2	2	4	1	2	1	2	2	2	2	2
76	2	1	1	2	2	2	2	2	3	1	2	2	1	2	2	1	2
77	3	1	2	1	2	2	2	2	4	1	1	2	2	2	2	2	2
78	3	1	2	2	2	2	2	1	4	1	2	1	2	2	2	2	2
79	3	2	2	1	1	2	2	2	4	1	2	1	2	2	2	2	2
80	3	1	1	2	2	2	2	2	3	1	2	1	2	2	2	1	3
81	3	1	2	2	2	2	1	2	3	1	2	2	2	1	2	1	1
82	2	1	1	2	2	2	2	2	3	1	1	2	2	2	2	1	1
83	2	1	2	1	2	2	2	2	4	1	1	2	2	2	2	2	2
84	3	1	2	2	2	2	2	1	4	1	1	2	2	2	2	1	2
85	3	1	2	2	1	2	2	2	4	2	1	2	1	2	2	1	1
86	2	1	1	2	2	2	2	2	4	1	1	2	2	2	2	1	2

N°	¿Cómo evitar efectivamente un embarazo?	Cuanto métodos conoce	T de cobre	Píldora	Preservativo	Implante	Anillo Vaginal	Inyección	Hasta que edad las niñas y niños deben alimentarse SOLO con leche materna?	Cuántas señales durante el embarazo conoce usted, que ponen en peligro la vida de la mujer y del bebe	Hemorragia	Hipertensión	Anemia	Dolores Abdominales	Pérdida de peso	¿Le explican los signos de alarma que se pueden presentar durante el embarazo?	La información que le dieron para la atención del parto en el hospital considera que es:
87	2	1	2	1	2	2	2	2	3	2	1	2	1	2	2	1	2
88	2	1	2	2	2	2	2	1	4	1	2	2	2	1	2	2	2
89	2	1	2	2	2	1	2	2	4	1	2	2	2	2	1	2	2
90	2	2	2	2	1	2	2	1	3	1	2	2	2	1	2	1	1
91	2	1	1	2	2	2	2	2	3	1	1	2	2	2	2	1	1
92	2	1	2	2	2	2	1	2	4	2	1	2	1	2	2	1	1
93	2	1	2	2	1	2	2	2	4	1	2	2	2	1	2	1	1
94	3	2	2	1	2	2	2	1	4	1	2	2	2	2	1	2	1
95	3	2	2	1	1	2	2	2	3	1	2	2	2	1	2	1	3
96	3	2	1	2	2	2	2	1	4	1	2	2	1	2	2	2	2
97	3	1	1	2	2	2	2	2	4	1	2	2	1	2	2	2	2
98	3	1	2	2	1	2	2	2	4	1	2	2	2	1	2	1	1
99	3	1	2	2	1	2	2	2	3	1	2	1	2	2	2	1	1
100	2	1	2	2	1	2	2	2	3	1	1	2	2	2	2	1	1
101	2	1	1	2	2	2	2	2	4	2	1	2	1	2	2	2	1
102	2	1	2	1	2	2	2	2	4	1	1	2	2	2	2	1	2
103	3	1	2	2	2	2	2	1	4	2	1	2	1	2	2	1	2
104	3	1	2	2	2	2	1	2	3	1	2	2	2	1	2	1	2
105	2	1	1	2	2	2	2	2	4	1	2	1	2	2	2	2	1
106	3	1	2	2	2	1	2	2	4	1	2	1	2	2	2	2	2
107	3	2	2	2	1	2	2	1	3	1	2	1	2	2	2	1	1
108	3	2	2	1	1	2	2	2	3	1	2	2	2	1	2	1	1
109	3	2	1	2	2	2	2	1	3	1	1	2	2	2	2	1	1
110	2	2	2	1	1	2	2	2	4	1	1	2	2	2	2	2	2
111	2	1	1	2	2	2	2	2	4	2	1	2	1	2	2	2	1
112	3	1	2	1	2	2	2	2	4	1	2	2	2	1	2	1	2
113	2	1	2	2	2	2	2	1	3	1	1	2	2	2	2	2	2
114	2	2	1	2	2	2	2	1	3	2	1	2	1	2	2	1	2
115	3	1	1	2	2	2	2	2	4	1	1	2	2	2	2	2	3
116	3	1	2	2	1	2	2	2	4	2	1	2	1	2	2	2	3
117	3	1	2	2	2	1	2	2	3	1	2	1	2	2	2	1	2
118	3	1	2	2	1	2	2	2	3	1	2	2	2	1	2	1	1
119	3	2	2	1	2	2	1	2	4	1	1	2	2	2	2	1	2
120	3	1	2	2	2	2	2	1	4	1	1	2	2	2	2	2	1

Anexo 5.

Validación de contenido del instrumento de recolección de datos

Matriz para tabulación y validación de contenido

Criterios	Jueces (expertos)					Total
	1	2	3	4	5	
1	1	1	0	1	1	4
2	1	1	1	1	1	5
3	1	1	0	1	1	4
4	1	1	1	1	1	5
5	0	1	1	1	1	4
6	0	1	1	1	1	4
Total	4	6	4	6	6	26

I. Criterios

1. El instrumento recoge información que permite dar respuesta al tema de investigación.
2. Los términos se encuentran contextualizados a las características de las personas a encuestar
3. La estructura del instrumento es adecuada. (Orden lógico de las preguntas)
4. La secuencia presentada facilita la aplicación del instrumento
5. Los ítems son claros y entendibles.
6. El número de ítems es adecuado para su aplicación.

II. Cálculo de la validez de contenido

$$b = \frac{ta}{ta + td}$$

Donde:

b = Concordancia entre jueces

ta = Total de acuerdo entre jueces (33)

tb = Total de desacuerdo entre jueces (7)

Reemplazando valores

$$b = \frac{26}{26 + 4} = 0,867$$

Matriz para tabulación y validación de fiabilidad (KR20)

Nº de encuestas	Ítems del cuestionario						Total	
	4	5	6	7	8	9		
1	1	1	1	1	1	1	6	
2	0	1	0	1	1	0	3	
3	1	1	1	1	1	1	6	
4	0	1	1	0	1	0	3	
5	1	1	1	1	1	1	6	
6	1	1	1	1	1	1	6	
7	1	1	1	1	1	1	6	
8	0	1	1	0	1	0	3	
9	1	1	1	1	1	1	6	
10	1	1	1	1	1	1	6	
p	0,7	1,0	0,9	0,8	1,0	0,7	vt	2,100
q	0,3	0,0	0,1	0,2	0,0	0,3		
pq	0,2	0,0	0,1	0,2	0,0	0,2	∑pq	0,670

$$r = \frac{n}{n-1} \left(\frac{vt - \sum pq}{vt} \right)$$

Donde:

r = Coeficiente de confiabilidad Kuder Richardson

n = El número de ítems

vt = Varianza total

∑ = Sumatoria

p = Probabilidad positiva (promedio)

q = Probabilidad negativa (complemento de p)

$$r = \frac{10}{10-1} \left(\frac{2,1 - 0,67}{2,1} \right) = 0,75$$

Validación de contenido de instrumento de recolección de datos

Teniendo como base los criterios que a continuación se presenta, se le solicita dar su opinión sobre el instrumento de recolección de datos que se adjunta:

Marque con una (X) en SI o NO, en cada criterio según su opinión.

Criterios	Si	No	Observaciones
1. El instrumento recoge información que permite dar respuesta al tema de investigación.	X		
2. Los términos se encuentran contextualizados a las características de las personas a encuestar	X		
3. La estructura del instrumento es adecuada. (orden lógico de las preguntas)	X		
4. La secuencia presentada facilita la aplicación del instrumento	X		
5. Los ítems son claros y entendibles.		X	
6. El número de ítems es adecuado para su aplicación.		X	

Sugerencias:



