

**UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS
FACULTAD DE MEDICINA, ENFERMERÍA, NUTRICIÓN,
TECNOLOGÍA MÉDICA
UNIDAD DE POSTGRADO**



**COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS Y PERINATALES EN
EMBARAZADAS ADOLESCENTES Y ADULTAS EN EL PRIMER
SEMESTRE DE 2013, EN EL HOSPITAL LA PAZ**

POSTULANTE: Lic. Remedios Quispe Torrez

TUTOR: Dr. M.Sc. Víctor Conde Altamirano

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

La Paz – Bolivia
2013

RESUMEN

Introducción: Una mujer se encuentra propensa a quedar embarazada, durante la edad fértil, que comprende desde los 10 a 49 años, pero lo recomendable es que los embarazos se lleven a cabo después de los 19 años. Se presenta menor riesgo de complicaciones en los embarazos de mujeres adultas; sin embargo, en embarazos en adolescentes los cuidados y necesidades suponen un problema, en ocasiones, por su inmadurez física y psicológica, lo cual muchas veces conlleva a que surjan complicaciones durante y después del embarazo, afectando tanto a la salud de la madre como del producto.

Objetivo: Determinar las complicaciones obstétricas y perinatales que se relacionan con el embarazo en adolescentes y adultas del Hospital La Paz en el primer semestre de 2013.

Métodos: Se realizó un estudio de cohorte retrospectiva. A fin de tener conocimiento de la situación respecto del comportamiento del embarazo en la población seleccionada, se decidió considerar a 140 embarazadas adolescentes y una muestra significativa de 140 adultas, definidas bajo criterios de inclusión y exclusión. Por otro lado, las mismas se encuentran registradas en Sistema Informático Perinatal – SIP del Hospital “La Paz”.

Resultados: Entre los resultados más relevantes identificados en las adolescentes embarazadas están, la anemia, aspecto que denota dificultades en la alimentación, dieta para ocultar el embarazo, acceso tardío a control prenatal, siendo que de igual manera no se administra a tiempo el sulfato ferroso, multivitaminas y orientación alimentario-nutricional en la embarazada adolescente.

Se establece que este problema de acceso a los servicios de salud afecta de manera preponderante al recién nacido (bajo peso al nacer, prematuridad). Por lo tanto se pretende sensibilizar a la población para, a fin de coadyuvar con el compromiso que debe tener la futura madre, relacionándolo con el cuidado fundamental que se debe tener con el futuro del niño o niña.

Palabras Clave: Embarazo adolescente y adulta – complicaciones obstétricas y perinatales.

ABSTRACT

Introduction: A woman is likely to get pregnant during the reproductive age , ranging from 10 to 49, but it is recommended that pregnancies are carried out after 19 years. However, teenage pregnancy and care needs are a problem sometimes by physical and psychological immaturity, which often leads to complications arise during and after , lower risk of complications in pregnancies of adult women is presented pregnancy , affecting the health of both the mother and the product.

Objective: To determine the obstetric and perinatal complications relating to pregnancy in adolescent and adult Hospital La Paz in the first half of 2013.

Methods: A retrospective cohort study was performed. To be aware of the situation regarding the behavior of pregnancy in the target population, it was decided to consider 140 pregnant adolescents and a representative sample of 140 adults , defined criteria of inclusion and exclusion. On the other hand, they are recorded in Perinatal Information System - SIP Hospital "La Paz".

Results: Among the most important outcomes identified in pregnant adolescents are , anemia , appearance denoting feeding difficulties , diet to hide the pregnancy, late access to prenatal care , being that just as no time is given to ferrous sulfates , multivitamins and food and nutritional counseling pregnant adolescents .

It is established that this problem of access to health services fundamentally affects the newborn (low birth weight , prematurity) . Therefore it is intended to raise awareness, to assist with the commitment that the mother should be , related to the basic care that should be the future of the child.

Key Words: Teen and old pregnancy - perinatal and obstetrics complications.

AGRADECIMIENTOS:

A Dios por guiarme e iluminar mi camino.

Al Dr. Víctor Conde Altamirano, sin cuyo apoyo no hubiese sido posible la culminación de este trabajo.

Al Hospital La Paz, por abrir sus puertas para que pueda realizar este trabajo.

A mi padre (+) por darme la vida y estar siempre a mi lado en los momentos más difíciles de mi vida.

DEDICATORIA

El presente trabajo está dedicado a mi madre y a mi hijito por su apoyo incondicional y constante.

ÍNDICE GENERAL

	Pág.
I. INTRODUCCIÓN	1
1.1. ANTECEDENTES	4
1.2. JUSTIFICACIÓN	7
1.3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	9
1.3.1. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	10
1.4. OBJETIVOS	11
1.4.1. Objetivo general.....	11
1.4.1.1. Objetivos específicos.....	11
1.5. HIPÓTESIS	11
1.5.1. VARIABLES.....	12
II. MARCO TEÓRICO.....	13
2.1. Embarazo.....	13
2.2. El embarazo en madres adolescentes	13
2.2.1. Causas del embarazo en la adolescencia	15
2.2.2. Síntomas del embarazo	16
2.2.3. Factores de riesgo del embarazo en adolescentes.....	17
2.2.4. La mujer en edad fértil	19
2.2.5. Control prenatal	19
2.2.6. Terminación del parto	20
2.3. Complicaciones en el embarazo	20
2.3.1. Complicaciones obstétricas	21
2.3.2. Complicaciones del periodo prenatal	21
2.3.3. Complicaciones fetales perinatales.....	30
2.4. Salud sexual y reproductiva	35
III. DISEÑO METODOLÓGICO	37
3.1. Tipo de investigación.....	37
3.2. Universo	37
3.3. Muestra	38
3.3.1. Contexto y lugar de intervención.....	39

3.3.2. Criterios de inclusión.....	40
3.3.3. Criterios de exclusión.....	40
3.4. Fuentes de información.....	40
3.5. Técnicas e instrumentos	40
3.6. Plan de análisis	41
IV. RESULTADOS	42
V. DISCUSIÓN	51
VI. CONCLUSIONES.....	53
VII. RECOMENDACIONES.....	55
VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	56
ANEXOS.....	61

ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
Tabla N° 1 Parámetro del apgar	32
Tabla N° 2 Tabla de estratificación de la muestra	38
Tabla N° 3 Anemia durante el embarazo.....	43
Tabla N° 4 Retardo de crecimiento intrauterino.....	44
Tabla N° 5 Infección urinaria	45
Tabla N° 6 Rotura prematura de membranas.....	46
Tabla N° 7 Edad gestacional	47
Tabla N° 8 Peso RN para la edad gestacional	48
Tabla N° 9 Terminación del parto	49
Tabla N° 10 Resumen de resultados.....	50

ÍNDICE DE GRÁFICOS

	Pág.
Gráfico N° 1 Anemia durante el embarazo	43
Gráfico N° 2 Retardo de crecimiento intrauterino	44
Gráfico N° 3 Infección urinaria.....	45
Gráfico N° 4 Rotura prematura de membrana.....	46
Gráfico N° 5 Edad gestacional.....	47
Gráfico N° 6 Peso del recién nacido para la edad gestacional.....	48
Gráfico N° 7 Terminación del parto	49
Gráfico N° 8 Resumen de RR.....	50

I. INTRODUCCIÓN

El embarazo también denominado gravidez es el período que transcurre entre la implantación en el útero del cigoto y el parto. Se presentan cambios significativos (fisiológicos, metabólicos e incluso morfológicos) en el cuerpo de la mujer en estado de gestación, que se producen para proteger, nutrir y permitir el desarrollo del feto. Una mujer se encuentra propensa a quedar embarazada, durante la edad fértil, que comprende desde los 10 a 49 años (OMS, 2001). Las mujeres en edad fértil conforman un grupo de gran relevancia para la sociedad, por su participación en el proceso de reproducción de la humanidad, lo cual depende de su estado de salud y nutrición [1].

Una mujer durante el embarazo necesita de muchos cuidados, además presentan necesidades especiales; ante esta situación se recomienda, que los embarazos se lleven a cabo después de los 19 años, ya que se considera que se ha alcanzado una madurez psicológica y una madurez física. El desarrollo del embarazo en una mujer adulta, si tiene los cuidados necesarios, existe menos riesgo de presentar complicaciones. Sin embargo, en las adolescentes embarazadas, los cuidados y necesidades suponen un problema en ocasiones, debido a que puede resultar difícil cubrirlos, debido a su inmadurez física y psicológica, lo cual muchas veces conlleva a que surjan complicaciones durante y después del embarazo [2].

La adolescencia es un periodo de transición, una etapa del ciclo del crecimiento que marca el final de la niñez y entra hacia la adultez. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) la misma corresponde a la edad de 10 a 19 años [3]. Este grupo etario es muy vulnerable, en ocasiones las mujeres jóvenes experimentan sentimientos de soledad, de poca confianza en sí mismas que intentan suplir con las relaciones íntimas con el sexo opuesto. Por ello, cada vez son más frecuentes los embarazos en adolescentes.

Una mujer que se encuentra por debajo de los 19 años, por lo general aún no ha alcanzado madurez psicológica, la madurez física podría estar ya presente; pero en las adolescentes menores de 15 años, el embarazo conlleva riesgo biológico por estrechez pelviana, entonces lleva una gestación con riesgos. En el grupo de adolescentes de 10 a 19 años, el embarazo afecta la vida de la adolescente a nivel económico y sobre todo alterando sus proyectos personales y por consiguiente como un impacto negativo para ella y su entorno, por no contar con independencia económica. Además de lo señalado, existe una escasa o nula comunicación con sus padres o con las hermanas mayores, sobre todo, en lo que concierne al sexo. Esto les lleva a buscar y encontrar la opinión y el consejo de otros jóvenes de su edad con su misma experiencia y falta de correctos patrones de conducta [2].

El embarazo y el parto de una adolescente, tiene un alto riesgo que aumenta la probabilidad de complicaciones obstétricas y perinatales, entre ellos el bajo peso al nacer y la prematuridad del producto. La deficiente nutrición de la adolescente y las malas condiciones de reposo y bienestar físico durante el embarazo, son también factores de riesgo que pueden afectar la vida de la madre o el hijo. De la misma manera, existe una ausencia de cuidados prenatales en las jóvenes madres por la frecuente negación del embarazo por parte de la adolescente.

La maternidad a una edad temprana (adolescencia) constituye una amenaza al desarrollo educativo de la mujer y los problemas socioeconómicos en los adolescentes son más severos, lo que agrava su situación actual y complica su embarazo dando como consecuencia un incremento de la morbimortalidad en adolescentes asociadas a las complicaciones del embarazo, parto y en el recién nacido [4].

En ese entendido, al considerarse que el embarazo en la etapa de la adolescencia conlleva a más complicaciones que en un embarazo en una mujer adulta, en el

presente estudio se estableció la relación de las complicaciones obstétricas y perinatales existente en embarazos de las adolescentes y mujeres adultas de los casos atendidos en el Hospital La Paz durante el primer semestre de la gestión 2013.

1.1. ANTECEDENTES

La mayoría de los embarazos transcurre sin grandes problemas; sin embargo, cabe hacer notar que algunas veces se presentan complicaciones o enfermedades en el transcurso de éste. Según datos de la OMS, la mortalidad materna es inaceptablemente alta, cada día mueren en todo el mundo unas 800 mujeres por complicaciones relacionadas con el embarazo o el parto. En 2010 murieron 287.000 mujeres durante el embarazo y el parto o después de ellos. En comparación con las mujeres de más edad, las adolescentes corren mayor riesgo de complicaciones y muerte a consecuencia del embarazo [5].

La OMS considera que el embarazo en la adolescente es considerado de riesgo por ser la principal causa de mortalidad de jóvenes adolescentes, ya sea por complicaciones del parto o debido a abortos practicados en condiciones que atentan la vida de las adolescentes. Esta Organización estima que el riesgo de morir a consecuencia de problemas relacionados con el embarazo es el doble para las mujeres entre 15 a 19 años, el doble que para las mujeres de 20 a 24 años y para las de 10 a 14 años (adolescencia temprana), las tasas de mortalidad materna pueden llegar a superar hasta cinco veces a la de las mujeres embarazadas que tienen entre 20 a 24 años [6].

Muchas mujeres mueren de complicaciones que se producen durante el embarazo y el parto o después de ellos. La mayoría de esas complicaciones aparecen durante la gestación; otras pueden estar presentes desde antes del embarazo, pero se agravan con la gestación. Las principales complicaciones, causantes del 80% de las muertes maternas, son: las hemorragias graves (en su mayoría después del parto), las infecciones (generalmente posterior al parto), la hipertensión gestacional (preeclampsia y eclampsia), y los abortos peligrosos (OMS) [5].

En Bolivia, las principales complicaciones que se presentan durante el embarazo son: la eclampsia, embarazo ectópico, diabetes, aborto, hipertensión, infecciones, hemorragias uterinas. La población adolescente representa alrededor del 23% de la población total del país, del cual un 49% corresponde a adolescentes de sexo femenino, en quienes se estima, según datos de la Encuesta Nacional de Salud (ENDSA, 2008) [7], que cerca de un 18% ya son madres o están embarazadas (entre los 15 y 19 años). Es importante añadir, que al menos la mitad de estos embarazos no fue planificada al momento de la concepción.

El nivel de educación, establece diferencias marcadas en los niveles de embarazo en las adolescentes, ya que se presentan más casos de embarazos en adolescentes con educación primaria, equivalente al 32%, este dato es ocho veces más que en adolescentes con educación superior, puesto que estos embarazos representan el 4%. El nivel de embarazo de adolescentes en el departamento de La Paz es de 12%, en relación a los demás departamentos es el más bajo, ya que en el departamento de Pando es 37%, tres veces más que en el departamento de La Paz [7].

El Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA, 2013) [8], dio a conocer que Bolivia registra una de las tasas más altas de embarazo adolescente de América Latina y el Caribe, debido a que el promedio de la fecundidad adolescente en América Latina y el Caribe es de 70 nacimientos por cada mil mujeres con edades entre los 15 y 19 años, pero en Bolivia esa tasa incrementa siendo de 88; además se considera que las madres menores de 18 años, son un grupo de alto riesgo de mortalidad de los niños.

Ante las complicaciones que se presentan en los embarazos tanto en adolescentes como adultas, que atentan contra la vida de la madre y de los niños, se han realizado diversos estudios. Tal es el caso de Cárdenas y otros [9], quienes evaluaron los factores relacionados con la maternidad adolescente, con relación a

un grupo de gestantes adultas y las particularidades potenciales que pueden repercutir en la salud de la madre y el neonato.

Otro de los estudios es el de Díaz y otros [10], quienes presentan un estudio retrospectivo y comparativo de la evolución materna y resultados obstétricos de las pacientes adolescentes embarazadas; entre los riesgos que se presentaron en este grupo de mujeres se encuentra la infección del tracto urinario, el retardo del crecimiento intrauterino, el parto prematuro y en los recién nacidos se presenta el bajo peso y el retardo del crecimiento.

Por otra parte en el estudio de Fuerzan y otros [11], se manifiesta que el embarazo en madres adolescentes constituye un serio problema de salud pública por su asociación a la morbilidad y mortalidad perinatal, señalan que para un pronóstico perinatal desfavorable las causas son edad, falta de control prenatal, las complicaciones médicas, entre otros. Asimismo, Vásquez y otros [12], en su estudio encontraron que en las adolescentes embarazadas los factores biológicos fueron el bajo peso, la amenaza de parto pretérmino y enfermedad hipertensiva gravídica. Además, partos distócicos, cesáreas, y otros. Las complicaciones neonatales encontradas fueron bajo peso al nacer, distrés transitorio e hipoxia.

Los estudios realizados en torno al embarazo considerando a mujeres adolescentes y mujeres adultas son diversos, en estos se advierte que el embarazo en esta etapa conduce a una serie de problemas, tanto para la madre como para el producto en gestación, problemas que se acrecientan si las mujeres embarazadas son adolescentes, presentándose una mayor incidencia de parto pretérmino, bajo peso del recién nacido, depresión respiratoria, y otras complicaciones obstétricas y perinatales.

1.2. JUSTIFICACIÓN

Es importante identificar la relación entre las complicaciones obstétricas y perinatales y mujeres embarazadas adolescentes y adultas en el Hospital La Paz, ya que el embarazo en esta etapa implica riesgos, pero sobre todo es un doble riesgo para la madre adolescente y el producto. La presencia de complicaciones compromete a los encargados de implementar políticas de salud específicas para atender tanto a mujeres adolescentes embarazadas como a mujeres embarazadas adultas.

Considerando que el grupo de las adolescentes embarazadas presentan mayor tendencia de complicaciones que las mujeres embarazadas adultas, se señala que el embarazo en las adolescentes también genera complicaciones a nivel social, como la discriminación y rechazo por la sociedad. Entonces, conocer las complicaciones obstétricas y perinatales en los embarazos de las adolescentes que acuden al Hospital La Paz, de algún modo aportará a conocer de cerca una realidad que según datos estadísticos va en aumento por lo que es necesario intervenir. Esta intervención es compromiso de toda la sociedad, gobierno, instituciones, centros educativos, investigadores y estudiantes, medios de comunicación, etc., que por medio de la educación se prevenga los embarazos en las adolescentes, y así evitar la pobreza y las complicaciones durante el embarazo, el parto y en el recién nacido que atentan contra la vida de éstos.

En los últimos años se han realizado diversos estudios por profesionales de salud en los que se consideró al grupo de mujeres embarazadas adultas, pero sobre todo se dio más importancia al grupo de adolescentes, ya que son propensas a presentar mayores complicaciones. Entonces, profundizar en el estudio las complicaciones obstétricas y perinatales en el embarazo de adolescentes y adultas, se podrá conocer la realidad de salud de estas personas, principalmente

de las adolescentes. Al determinar estas complicaciones se hace un aporte y en base a ello se podrá proponer medidas de prevención para disminuir el problema.

1.3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Las complicaciones durante el embarazo son diversas, según la OMS entre las principales complicaciones se tiene la rotura prematura de membranas, el parto prematuro, la placenta previa, el embarazo prolongado y las infecciones [5]. En Bolivia, los embarazos en edad reproductiva se concentra principalmente en el grupo de mujeres de 20 a 29 años de edad (49%), según datos del ENDSA [7] (2008) y el INE [13], se considera que el 18% de la población adolescente comprendida entre las edades de 15 a 19 años ya son madres o se encuentran en estado de gestación y aproximadamente la mitad de estos embarazos no fueron planificados.

En el departamento de La Paz, en el 2011 se registró 6.911 embarazos de adolescentes, de acuerdo con las proyecciones de este año, los embarazos adolescentes hasta fin de año podrían llegar a 14.000, cifra que representa un 28% más respecto a 2010, en el que se registro 12.730 casos de adolescentes gestantes de entre 15 y 19 años (SEDES, 2011). De este modo, se observa que el número de casos de adolescentes embarazadas va en aumento cada año, a pesar de que se realizan campañas de prevención [14].

Los embarazos en la población de adolescentes sufren mayor riesgo de complicaciones durante el embarazo y el parto que los embarazos de mujeres adultas. En el grupo de mujeres adolescentes el recién nacido tiene mayor probabilidad de sufrir complicaciones [15], la edad de la madre repercute también en la salud de los niños, no obstante en el grupo de mujeres adultas, existe menor riesgo de sufrir complicaciones ya que la madre cuenta con una madurez física. Según datos del ENDSA (2008), entre los hijos de madres adolescentes, el nivel de anemia alcanza el 73%, superior al promedio nacional es de 6.13%, además la mortalidad materna en adolescentes no ha disminuido en los últimos años. En

cambio en las mujeres embarazadas adultas, la anemia presenta un índice menor ENDSA (2008) [7].

Tanto jóvenes embarazadas adolescentes como adultas, durante el embarazo se pueden presentar problemas como las infecciones del tracto urinario, un parto prematuro, retardo del crecimiento intrauterino, entre otros; en el recién nacido puede presentarse bajo peso, puntaje bajo de APGAR, infecciones neonatales, problemas respiratorios o neurológicos y otros. Sin embargo, la población adolescente es más propensa a sufrirlas.

En el contexto paceño, específicamente en el Hospital La Paz, establecer la relación entre embarazos tanto de mujeres adolescentes y adultas y complicaciones obstétricas y perinatales, se constituye una importante acción de prevención secundaria, en la nueva y difícil realidad del aumento de la frecuencia del embarazo en las adolescentes, asimismo, realizar acciones para prevenir complicaciones en el proceso del embarazo. En ese entendido, en el presente estudio en el epígrafe que sigue se plantea la siguiente interrogante.

1.3.1. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Qué complicaciones obstétricas y perinatales están relacionadas con el embarazo en adolescentes y adultas del Hospital La Paz, durante el primer semestre de 2013?

1.4. OBJETIVOS

1.4.1. Objetivo general

- Determinar las complicaciones obstétricas y perinatales que se relacionan con el embarazo en adolescentes y adultas del Hospital La Paz en el primer semestre de 2013.

1.4.2. Objetivos específicos

- Establecer el número de embarazos adolescentes y adultas suscitados durante el primer semestre de 2013 en el Hospital La Paz.
- Identificar las complicaciones obstétricas en el proceso de embarazo.
- Describir las complicaciones perinatales que se presentaron durante el periodo de estudio.

1.5. HIPÓTESIS

Hipótesis Alterna

Las complicaciones obstétricas y perinatales tienen relación con el embarazo en adolescentes y adultas.

Hipótesis Nula

Las complicaciones obstétricas y perinatales en madres adolescentes son mayores que entre madres adultas.

1.5.1. VARIABLES

Variable Independiente

Embarazo en adolescentes y adultas.

Variable Dependiente

Complicaciones obstétricas y perinatales:

Complicaciones biológicas:

- Anemia
- Infecciones
- Hipertensión
- Pre-eclampsia
- Eclampsia
- Hemorragias
- Amenaza de parto pretermino
- Posición fetal

Complicaciones fetales perinatales:

- Peso
- Edad gestacional
- Prematurez
- Percentil de peso por edad gestacional
- Apgar

II. MARCO TEÓRICO

2.1. Embarazo

El embarazo o gravidez (del latín gravitas) es el período que transcurre entre la implantación en el útero del cigoto, el momento del parto en cuanto a los significativos cambios fisiológicos, metabólicos e incluso morfológicos que se producen en la mujer encaminados a proteger, nutrir y permitir el desarrollo del feto, como la interrupción de los ciclos menstruales, o el aumento del tamaño de las mamas para preparar la lactancia. El término gestación hace referencia a los procesos fisiológicos de crecimiento y desarrollo del feto en el interior del útero materno. En teoría, la gestación es del feto y el embarazo es de la mujer, aunque en la práctica muchas personas utilizan ambos términos como sinónimos.

En la especie humana las gestaciones suelen ser únicas, aunque pueden producirse embarazos múltiples. La aplicación de técnicas de reproducción asistida está haciendo aumentar la incidencia de embarazos múltiples en los países desarrollados.

El embarazo humano dura unas 40 semanas desde el primer día de la última menstruación o 38 desde la fecundación (aproximadamente unos 9 meses). El primer trimestre es el momento de mayor riesgo de aborto espontáneo; el inicio del tercer trimestre se considera el punto de viabilidad del feto (aquel a partir del cual puede sobrevivir extra útero sin soporte médico [16]).

2.2. El embarazo en madres adolescentes

El embarazo es un tema de gran importancia para las mujeres y para todas las personas ya sea de manera directa o indirecta. Se define el embarazo adolescente como la gestación en mujeres, cuyo rango de edad se considera adolescente,

independiente de su edad ginecológica [17], según la OMS la adolescencia es el período de la vida en el cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida la independencia socio –Económica, fijando los límites entre los 10 y 19 años [3].

Ruoti [17] plantea que el embarazo a cualquier edad constituye un hecho biopsicosocial muy importante, pero la adolescencia conlleva a una serie de situaciones que pueden transgredir tanto la salud de la madre como la del hijo. Esta situación produce un serio problema biomédico ya que presenta altas tasas de morbilidad y mortalidad materna, perinatal y neonatal, agregándose el impacto que produce a nivel sociocultural y psicológico con un elevado costo a nivel personal, educacional, familiar y social [2].

Según Valera [18], el embarazo en las adolescentes comienza con la fecundación del óvulo por el espermatozoide, produciéndose una nidación (implantación del ovulo fecundado en el endometrio) y termina en el proceso del parto. Se producen una serie de eventos que ocurren normalmente en la gestación de la mujer. Estos eventos son: la fertilización, la implantación, el crecimiento embrionario, el crecimiento fetal y finalizando con el parto o nacimiento del feto. De este modo puede señalarse que el embarazo comprende aquellos procesos de crecimiento y desarrollo del feto en el interior del útero materno, así también los importantes cambios fisiológicos y metabólicos (interrupción del ciclo menstrual, aumento del tamaño de las mamas, etc.), encaminados a proteger, nutrir y permitir el desarrollo del feto.

Cuando una adolescente se realiza un test de embarazo, en muchas ocasiones, comienzan a surgir los problemas en torno a la familia ya que pueden contar con el apoyo de ellos o no. Las adolescentes embarazadas necesitan una buena alimentación que la ayude a llevar una etapa prenatal sin complicaciones ni malestares [18].

Durante el embarazo el organismo de la adolescente va a experimentar diferentes cambios, anatómicos, fisiológicos y psicológicos, por ello es importante y necesario que la adolescente mujer sepa llevar lo mejor posible estas transformaciones, porque de ello depende que este periodo vital no tenga complicaciones. Uno de los datos importantes que se debe considerar es que el embarazo dura aproximadamente 40 semanas a partir del primer día de la última menstruación o 38 semanas a partir del día de la fecundación, equivalente a nueve meses [18].

2.2.1. Causas del embarazo en la adolescencia

Entre las causas del embarazo en la adolescencia, se encuentran las siguientes:

- La práctica de las relaciones sexuales de los jóvenes sin el uso de métodos anticonceptivos.
- El matrimonio a edades tempranas y el rol de género que tradicionalmente se asigna a la mujer.
- La falta de una buena educación sexual.
- La presión de los compañeros, que alientan a los adolescentes a tener relaciones sexuales.
- El consumo de bebidas alcohólicas y otras drogas, producen una reducción en la inhibición, que puede estimular la actividad sexual no deseada.
- Carecer de información y conocimientos suficientes sobre los métodos anticonceptivos y el no tener un fácil acceso a su adquisición.

Según la UNFPA (2013) [8], en Bolivia los embarazos en la población adolescente se presentan a causa de cinco problemáticas, que se dan a conocer a continuación:

- La pobreza
- Desigualdad de género
- Violencia
- Falta de acceso a la educación
- Debilidad de los sistemas e instituciones que protegen los derechos de los adolescentes

Son varios los factores que causan los embarazos en las adolescentes, pero las cinco señaladas son las principales.

2.2.2. Síntomas del embarazo

Considerando a Valera [18], los síntomas de embarazo en una adolescente son similares al de toda mujer embarazada. Estos síntomas son consecuencia de los cambios fisiológicos que ocurren en las etapas de la gestación; además considera que cada embarazo es único y ni siquiera la misma mujer experimenta los mismos síntomas en cada embarazo. Por consiguiente se presentan los síntomas, que se presentan en una mujer embarazada [18]:

- **Interrupción de la menstruación:** Ocurre después de las dos semanas de la fecundación, es el cese de la menstruación que hasta entonces ha tenido un ciclo menstrual regular.
- **Pechos sensibles:** Se produce por la congestión y por la aparición del calostro.

- **Fatiga:** La fatiga y el cansancio son síntomas del embarazo. Algunas mujeres embarazadas adolescentes se acuestan temprano y le cuesta levantarse por las mañanas. Es un cambio provocado por el aumento de hormonas.
- **Orinar frecuente:** Esto puede continuar durante los nueve meses. El crecimiento del útero oprime la vejiga y esto genera ganas de orinar.
- **Náuseas y vómitos:** Puede aparecer en la primera semana del embarazo.
- **Mareos y/o desmayos:** El aumento del útero comprimen las arterias en los miembros inferiores, reduciendo la presión arterial y por ende desarrolla mareos.
- **Sensibilidad a los aromas:** La mujer embarazada desarrolla una mayor percepción olfativa.

Como se puede observar, existen distintos síntomas que pueden indicar que una mujer podría estar embarazada, sin embargo como se señaló en un principio, éstos varían de una mujer a otra y de un embarazo a otro. También existen casos en los no se experimenta ningún síntoma, ya que se puede estar embarazada sin notar ninguno de los síntomas “típicos” del embarazo señalados anteriormente.

2.2.3. Factores de riesgo del embarazo en adolescentes

Los factores de riesgo asociados al embarazo en las adolescentes se refieren a todas aquellas circunstancias o situaciones que aumenta las probabilidades de que una adolescente quede embarazada. Martínez [4] señala los siguientes:

- **Factores biológicos:** La edad de menarquía es un factor determinante de la capacidad reproductiva de las adolescentes. A veces se adelanta entre dos y tres meses por década, descendiendo desde más o menos los 15 años de edad alrededor de los 12, de manera que los adolescentes son fértiles a una edad menor.
- **Factores psicosociales y conducta sexual:** El adelanto de la menarquía se acompaña de actitudes y de comportamientos hacia el sexo opuesto, que pueden conducir a un ejercicio temprano de la sexualidad. Los factores psicosociales que acompañan a la modernización y su influencia en los roles personales y familiares son también contribuyentes, al existir grandes contradicciones: por una parte las características biológicas permiten la reproducción más temprana. Este conjunto de elementos hace que aumente el período de exposición al riesgo de embarazo fuera del marco, socioculturalmente aceptado, del matrimonio estableciéndose, además, expectativas poco realistas sobre el comportamiento sexual de los adolescentes.
- **Conducta sexual:** se presenta un aumento de la práctica sexual por los adolescentes.
- **Disfunción familiar:** Un mal funcionamiento familiar puede predisponer a una actividad sexual prematura, y un embarazo puede ser visto como la posibilidad de huir de un hogar, en el cual la adolescente se siente amenazada por la violencia, el alcoholismo y el riesgo de violación.

Conocer los factores de riesgo del embarazo adolescente, mismos que son pre disponente y determinante para un embarazo, permite, de algún modo, extremar la prevención.

2.2.4. La mujer en edad fértil

Según la OMS (2001) las mujeres en edad fértil son aquellas comprendidas entre 10 y 49 años de edad. La edad fértil se refiere al periodo de tiempo durante el cual la mujer se encuentra propensa a quedar embarazada, se inicia con la menarca o primera menstruación y finaliza con la menopausia [1]. La fertilidad hace referencia a la capacidad biológica de una mujer de concebir un hijo.

Las mujeres en edad fértil conforman un grupo de gran relevancia para la sociedad, por su participación en el proceso de reproducción de la humanidad, lo cual depende de su estado de salud y nutrición, ya que durante la edad fértil, embarazo y lactancia la mujer está más expuesta a sufrir deficiencias en la nutrición [19].

En esta etapa, las mujeres presentan necesidades especiales, ello supone un problema en ocasiones, debido a que puede resultar difícil cubrir dichas necesidades consumiendo, porque se necesita consumir los nutrientes adecuadas para tener una salud adecuada.

2.2.5. Control prenatal

En el control prenatal intervienen acciones y procedimientos sistemáticos y periódicos, destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que puedan condicionar morbilidad materna y perinatal. Se vigila la evolución del embarazo y preparar a la madre para el parto. El control prenatal debe ser eficaz y eficiente, esto significa que la cobertura deber ser máxima (sobre el 90% de la población obstétrica) y que el equipo de salud entienda la importancia de su labor.

El control prenatal es un componente de la atención materna que comprende un

conjunto de acciones orientadas a lograr que el embarazo transcurra con vigilancia y asistencia por parte del equipo de salud, según el riesgo identificado, a fin de preservar la salud de la mujer durante su gestación, ubicándola en el nivel de atención que le corresponda, para que el parto se realice sin complicaciones y termine felizmente con un recién nacido vivo, normal y a término [1].

2.2.6. Terminación del parto

Existen diversas modalidades por la que nace el bebé al final del término del embarazo:

- **Cesárea:** Un parto por cesárea se lleva a cabo cuando no es posible o seguro para la madre dar a luz al bebé a través de la vagina. El procedimiento generalmente se hace mientras la mujer está despierta. El cuerpo está anestesiado desde el tórax hasta los pies, usando anestesia epidural o raquídea. El cirujano hace una incisión a través del abdomen justo por encima del área púbica. Se abre el útero (matriz) y el saco amniótico.
- **Vaginal:** el producto nace cruzando por la vagina de la madre, con la asistencia de poca o ninguna tecnología y sin la ayuda de fármacos. En la mayoría de los centros asistenciales el parto vaginal ocurre en una posición ginecológica, con la gestante en posición decúbito dorsal, es decir, acostada sobre su espalda y sus pies sostenidos a la altura de los glúteos con el objetivo de favorecer la comodidad del personal médico.

2.3. Complicaciones en el embarazo

Las complicaciones en el proceso de gestación, se refieren a aquellos problemas de salud que se producen durante el embarazo. Éstas pueden afectar la salud de

la madre o del hijo, o en algunos casos a ambos. Algunas mujeres tienen problemas de salud antes del embarazo que podrían dar lugar a complicaciones. Otros problemas surgen durante el embarazo. Se debe tener en cuenta que, ya sea una complicación frecuente o rara, existen formas de manejar los problemas que surgen durante el embarazo.

2.3.1. Complicaciones obstétricas

Las complicaciones obstétricas son los trastornos sufridos durante el embarazo, el parto y el trabajo de parto, así como en el período neonatal inicial, entre estas complicaciones se incluyen la exposición prenatal a drogas, una alimentación materna inadecuada, anomalías físicas menores [20].

2.3.2. Complicaciones del periodo prenatal

Una adolescente en estado de gestación enfrenta mayores riesgos de salud que una madre adulta, estos riesgos se encuentran vinculados, principalmente, con la falta de atención médica adecuada y educación. Según Guzmán, cuando una adolescente inicia su vida sexual y como consecuencia se da el embarazo no deseado a edades tempranas, ello puede acarrear consecuencias negativas en el área de la salud, tanto física como mental, tales como el riesgo de enfermedades sexualmente transmisibles, el aborto, la salud materno-infantil, el desajuste en la integración psicosocial y otras [21].

Las complicaciones que afectan a la mujer embarazada con mayor frecuencia son: aborto espontáneo, pre-eclampsia, eclampsia, anemia, distocia del trabajo de parto, parto prematuro, hemorragia genital, sepsis, infecciones urinarias y muerte por complicación del embarazo y aborto legal inducido [22]. Por consiguiente, se desarrollaran algunas de estas:

2.3.2.1. Anemia

Se presenta el déficit de micronutrientes en la dieta de las embarazadas, especialmente hierro, es un problema mundial. Se considera a las mujeres embarazadas uno de los grupos más vulnerables a presentar la enfermedad de la anemia, porque su organismo requiere niveles altos de hierro.

La anemia es una de las complicaciones más frecuentes durante el embarazo, pueden coincidir con el embarazo o ser producidas por éste, ello se debe a que en el desarrollo del feto, éste presenta mayores necesidades y además la placenta aumenta el consumo de hierro elemental. La anemia del embarazo no es fácil de definir, puesto que durante dicho estado se produce un aumento del volumen de la sangre y se incrementa la producción eritrocitaria [23].

La cifra de normalidad varía según la altitud o metros sobre el nivel del mar (msnm) del lugar donde vive la persona. Se considera anemia en a 3.800 msnm (La Paz) de menos de 14 g/dl de hemoglobina.

- **Clasificación**

Según la OMS la anemia puede ser clasificada según el grado de gravedad en moderada y severa [24].

- **Anemia moderada:** La hemoglobina se encuentra entre 11.0 – 14.0 g/dl., se asocia con la fatiga, debilidad y palidez en la piel. A veces suele acompañar a muchas enfermedades crónicas de más de un mes de duración, el hematocrito es mayor al 25%, el hierro plasmático y la concentración de hemoglobina están disminuidos.

- **Anemia severa:** La hemoglobina es menor de 11.0 g/dl., se asocia con mareos, ritmo cardiaco acelerado, falta de aliento, desmayo, etc. Acompañan a un estado grave de la enfermedad que cursa la persona, el hematocrito es inferior al 20% y el descenso de la concentración de hemoglobina es inferior, situación que compromete altamente la salud y la vida.

- **Causas**

La anemia es una disminución en los niveles de hemoglobina, que es una proteína de los glóbulos rojos que transporta el oxígeno de los pulmones al resto del cuerpo. Esta enfermedad puede ser causada por una baja producción de glóbulos rojos por el cuerpo, también puede deberse a la pérdida o destrucción de los mismos. Entre los factores que pueden causar anemia se encuentran los siguientes [25]:

- Poco hierro, vitamina B12 o folato.
- Daño en la médula ósea o en los riñones.
- Pérdida de sangre debido a hemorragias internas o en las mujeres, debido al ciclo menstrual.
- Destrucción de glóbulos rojos (anemia hemolítica).

El déficit de hierro es la causa más frecuente de anemia en general, y de anemia microcítica en particular.

- **Tratamiento**

El tratamiento para la anemia dependerá del tipo de anemia que el paciente sufra, la causa y su gravedad. Los principales objetivos del tratamiento son [26]:

- Aumentar las cifras de glóbulos rojos o la concentración de hemoglobina para mejorar la capacidad de la sangre de transportar oxígeno.
- Tratar el problema de fondo que está causando la anemia.
- Prevenir complicaciones de la anemia, como daños del corazón o los nervios.
- Aliviar los síntomas y mejorar la calidad de vida.

El tratamiento de algunas anemias consiste en modificar la alimentación y tomar suplementos nutricionales. Para otras anemias el tratamiento consiste en medicinas, procedimientos, cirugías o transfusiones de sangre, ello en el caso de la anemia grave.

2.3.2.2. Infecciones

Las infecciones son uno de los problemas más frecuentes durante el embarazo [27]. Una de las infecciones más frecuentes es la infección urinaria, también pueden ser de transmisión sexual o genitales endógenas. En el embarazo estas infecciones afectan la unidad feto placentaria, llevando a complicaciones como parto pretérmino, ruptura prematura de membranas y recién nacido de bajo peso, e incluso maternas, como corioamnionitis e infección puerperal.

- **Infección urinaria**

Una de las infecciones más frecuentes es la infección urinaria, definida como la invasión, multiplicación y colonización del tracto urinario por gérmenes que habitualmente provienen de la región perineal [28]. El embarazo no predispone por sí mismo a la infección del tracto urinario, sin embargo durante el embarazo, el aparato urinario sufre una serie de cambios mecánicos y hormonales que permiten que una colonización, originando una infección del tracto urinario superior.

Entonces, las infecciones en el tracto urinario son producidas por bacterias, aquello es más frecuente en las mujeres embarazadas. La predisposición de estas infecciones en el tracto urinario se da por los cambios fisiológicos propios del embarazo. Entre estas infecciones se encuentra la bacteriuria asintomática, las cistitis y pielonefritis [29]. Es importante tratar este tipo de infecciones en la etapa del embarazo porque podrían afectar provocando daños al producto fetal.

- **Infecciones de transmisión sexual**

El inicio temprano de la vida sexual incrementa el riesgo de enfermedades de transmisión sexual; se ha reportado que la prevalencia de infecciones del tracto genital femenino por tricomonas y candida incrementa durante el embarazo en adolescentes. Una infección de transmisión sexual (ITS) es una enfermedad bacteriana o viral que se puede contraer a través de las relaciones sexuales con una pareja infectada, estas infecciones pueden tener consecuencias graves para la salud de la madre y del producto.

En el caso de la vaginosis bacteriana, desorden del tracto genital inferior más común en mujeres en edad reproductiva se asocia con el doble de riesgo de parto pretérmino y el riesgo es mayor cuando la infección se manifiesta antes de la semana 16 de gestación. Esto puede indicar un periodo crítico durante la gestación temprana, cuando los organismos relacionados con la infección pueden alcanzar el tracto genital superior y producir un trabajo de parto pretérmino espontáneo, en una etapa posterior de la gestación. Otro de los casos es *Trichomona vaginalis* se asocia con riesgo aumentado de resultados adversos del embarazo, como parto pretérmino y disminución del peso promedio al nacimiento [30].

Estas y otras infecciones en los recién nacidos pueden ser muy graves (incluso potencialmente mortales) y algunas pueden causar problemas de salud y de desarrollo irreversibles en el largo plazo.

2.3.2.3. Hipertensión

Se define a la hipertensión del embarazo como el trastorno que se presenta durante la gestación, se caracteriza por la elevación de las cifras tensionales a valores iguales o mayores de 140/90 mm/Hg acompañada por signos y síntomas. Es una patología exclusiva del embarazo, se presenta a partir de la semana 20 de gestación y se acompaña de proteinuria y edema [31].

La hipertensión arterial durante el proceso de gestación es una importante causa de muerte materna y morbimortalidad fetal en todo el mundo. Las adolescentes embarazadas hipertensas están predispuestas al desarrollo de complicaciones potencialmente mortales tales como: el desprendimiento de placenta, la coagulación intravascular diseminada, hemorragia cerebral, insuficiencia hepática y renal, y otros [28].

Existe dos enfermedades hipertensivas propias del embarazo, éstas son la pre-eclampsia y la eclampsia, que se diferencian en esta última por la presencia de convulsiones generalizadas o coma.

- **Pre-eclampsia**

La pre-eclampsia es una enfermedad multisistémica y multifactorial del embarazo y puerperio, caracterizada por la existencia de daño endotelial que procede al diagnóstico clínico. Se estima que afecta al 2% de los embarazos, a pesar de ser una de las principales causas de mortalidad materna y neonatal aún se desconoce su etiología [32].

La pre-eclampsia se clasifica en leve y grave, en base a la severidad de la hipertensión arterial y proteinuria, y la presencia de síntomas y signos que manifiesten compromiso de otros órganos. En la pre-eclampsia leve la proteinuria es mayor a 300mg/l en 24 horas; por otra parte, en la pre-eclampsia severa o grave, la presión sistólica equivale o es más de 160/110 mmHg, la proteinuria es de 5 gr o más en 24 horas, se presenta oliguria de 400 ml o menos durante 24 horas, existe alteraciones cerebrales o visuales, y también hay edema generalizado, que puede llegar a anasarca y edema pulmonar, y puede asociarse a trombocitopenia, elevación de enzimas hepáticas o manifestaciones de compromiso del sistema nervioso central.

- **Eclampsia**

La eclampsia es un estadio más grave que la pre-eclampsia, aunque la diferenciación es difícil, se presenta un agravamiento de la hipertensión arterial del embarazo que afecta la vascularización cerebral y ello da lugar a la ocurrencia de crisis convulsivas durante el embarazo o puerperio, aunque no se conoce las causas la más probable es el síndrome de hiperperfusión encefálica. También puede presentarse, a parte de las convulsiones, estados de coma, estos síntomas la diferencian de la pre-eclampsia [32]. Es una enfermedad grave que amenaza a un tiempo la salud de la madre y del hijo, existe el riesgo de un desprendimiento prematuro de la placenta y dando lugar a un parto prematuro.

2.3.2.4. Hemorragia

Se entiende por hemorragia durante el embarazo todo aquel sangrado, es decir la salida de sangre, que se produzca a través de la vagina en cualquier momento del embarazo. Existen diversas razones por las cuales una mujer podría padecer de sangrados o hemorragias vaginales en el transcurso de su embarazo. Algunas

mujeres pueden tener períodos continuos o pérdidas de sangre leves durante sus embarazos; especialmente durante los primeros meses [28].

- **Tipos de hemorragias**

Se distingue dos tipos de hemorragias en el proceso de embarazo, las que se producen en la primera mitad de la gestación, y hemorragias del segundo periodo de gestación [33].

- Hemorragias en la primera mitad de gestación: se deben al aborto, el embarazo ectópico y la enfermedad trofoblástica. La hemorragia por aborto es la más importante de este período, siguen en su orden el embarazo ectópico y la enfermedad trofoblástica gestacional. Ante la presencia de cualquier hemorragia de la primera mitad del embarazo, el personal de salud encargado de la atención debe solicitar ecografía, de preferencia transvaginal.
- Hemorragias en la segunda mitad de gestación: las causas de sangrado en la segunda mitad de la gestación son la placenta previa y el desprendimiento prematuro de la placenta. En ocasiones, el origen del sangrado no es ovular y procede de lesiones situadas en la vulva, el cérvix (cuello del útero) o la vagina. Los problemas comunes que causan sangrado leve incluyen inflamación o tumores en el cuello uterino, éstos pueden tratarse con medicamentos. La presencia de sangrado intenso por lo general implica que existe un problema con la placenta. Las dos causas más comunes en esta etapa son abrupción placentaria y placenta previa. La presentación de parto prematuro puede también provocar este tipo de sangrado.

2.3.2.5. Amenaza de parto pretérmino

Se define clásicamente como la presencia de dinámica uterina regular asociada a modificaciones cervicales progresivas desde las 22 hasta las 36 semanas de gestación. Es decir, Se presenta contracciones uterinas propias del trabajo de parto en pacientes con membranas íntegras entre las semanas de embarazo mencionadas, con pocas modificaciones del cuello. La amenaza de parto pretérmino puede tener un origen multifactorial, como: gestación múltiple, polihidramnios, factores infecciosos, y otros [28].

2.3.2.6. Posición fetal

El feto, por lo general, se encuentra en una posición longitudinal o transversal, sin embargo existen casos en los que el feto no adopta esa posición, de modo que la posición del feto puede presentar complicaciones en el parto.

En el período del parto de las adolescentes, los problemas más frecuentes se relacionan con alteraciones en la presentación, específicamente con la posición del feto, debido a que se presenta un desarrollo incompleto de la pelvis materna. Esta situación determina una incapacidad del canal del parto, para permitir el paso del feto; estas distocias provocan aumento de los partos operatorios [34].

2.3.2.7. Rotura prematura de la membrana

La ruptura prematura de membrana es un trastorno que se produce en el proceso del embarazo, el saco amniótico se rompe más de una hora antes del inicio del trabajo de parto. La mayor parte de estos casos están relacionados a infecciones, ya que puede ocurrir en respuesta a una infección del tracto urinario o del canal del parto no tratada, consumo de cigarrillo y también está asociada con partos prematuros; existen casos en los que los factores no se identificaron, cuando se presenta esta situación, es necesario que la madre reciba tratamiento para evitar una posible infección en el recién nacido [35].

2.3.3. Complicaciones fetales perinatales

El periodo perinatal es el comprendido desde que el feto alcanza los 1.000 gramos, equivalente a 28 semanas completas de gestación, hasta el séptimo día completo de vida posnatal, correspondiente a 168 horas cumplidas. En esta etapa pueden presentarse diversas complicaciones que pueden afectar la salud del feto [36]. Relacionados con los siguientes aspectos:

2.3.3.1. Peso

El peso es la medida de peso de los fetos o recién nacidos obtenidos después del nacimiento. El peso normal es el correspondiente a valores iguales o superiores a los 2.500 gramos.

Un peso inferior a 2.5 kg o un peso superior a 4 kg expone al bebé a complicaciones durante el parto o en los primeros días. El recién nacido demasiado delgado puede padecer de crisis hipoglucémicas (bajo índice de glucosa en la sangre), ser propenso a infecciones, así como perturbaciones nerviosas u óseas. Por otra parte, en caso de presentar un peso mayor a 2.500 gramos, en casos extremos el feto puede tener falta de espacio en el útero para moverse y desarrollarse adecuadamente, con riesgo de deformaciones temporales del pie, rodilla o cadera. Además un parto natural será más difícil, por lo que puede ocurrir una cesárea [35].

2.3.3.2. Talla

La talla del bebe y el peso están en estrecha relación con la salud en general y el estado nutricional en particular. La detención o desaceleración de los incrementos de talla de acuerdo con la edad cronológica, es índice de la existencia de algún factor que puede estar influyendo sobre los aspectos referidos. Sobre el

crecimiento pueden estar influyendo no sólo circunstancias predeterminadas genéticamente, sino además condiciones individuales o ambientales, dentro de estas últimas juegan papel fundamental los factores socioeconómicos, culturales y particularmente nutricionales relacionados directamente con la alimentación de la madre.

2.3.3.3. Edad gestacional

Fue considerada desde el primer día de la última menstruación con caracteres normales y expresada en días completos y/o en semanas cumplidas (OMS).

Para evaluar el crecimiento intrauterino se usan curvas y tablas basadas en los parámetros antropométricos de peso, talla y circunferencia de cráneo para cada edad gestacional siendo el peso el indicador más sensible. Desviaciones del crecimiento con antropometría menor del percentil 10 o mayor del percentil 90 permiten llamar la atención en relación al potencial mayor riesgo en estos casos.

Se ha definido como neonato pequeño para edad gestacional (PEG) al que tiene peso menor al 10 percentiles, grande para edad gestacional (GEG) al neonato con peso mayor al de 90 percentiles, y adecuado para edad gestacional (AEG) al recién nacido con peso entre el percentil 10 y el 90 [37].

2.3.3.4. Prematurez

Los niños prematuros pueden ser clasificados en tres grupos:

- Los sanos, hijos de padres sanos, en que el embarazo ha sido interrumpido precozmente por una causa fortuita.

- Los con signos de debilidad congénita, cuyo desarrollo ha sido retardado por una enfermedad de la madre, o que ellos mismos son enfermos; estos niños pueden ser nacidos de término, pero lo más a menudo la causa de la debilidad ha sido motivo de la interrupción prematura del embarazo.
- Aquellos nacidos de término y con las características de la madurez, pero en los cuales el peso y la estatura son inferiores a lo normal, siendo su conducta posterior igual al de los niños normales (hipoplasia, embarazo gemelar, etc.).

2.3.3.5. Apgar

En el momento del nacimiento se realiza un estudio que presenta el estado de salud del bebé, esta evaluación tiene como nombre el Test de Apgar, con este test se comprueba el estado de salud del recién nacido, que consiste en un examen físico breve, que evalúa algunos parámetros que muestran la vitalidad del recién nacido y la necesidad o no de algunas maniobras de reanimación en los primeros minutos de vida [38].

Los parámetros evaluados son 5, a los que se le da una puntuación de 0, 1, o 2 a cada uno de ellos.

Tabla N° 1 Parámetro del Apgar

Parámetros	0	1	2
Color de la piel	Pálida azulada	Azul rosada	Rosada
Esfuerzo Respiratorio	Ausente	Lenta	Normal, llanto
Frecuencia Cardíaca	ausente	< 100/min	>100/min
Tono Muscular	Flaccidez	Hipotónico	Movimientos Activos
Respuesta a estímulos	Ninguna	Escasa	Positiva

Fuente: Manual de cuidados neonatales. Ed. Masson SA. Barcelona 2005.

Esta evaluación se realiza al primer minuto de vida y a los 5 minutos. Para saber cuál es la puntuación se debe sumar el puntaje asignado a cada parámetro de acuerdo a las características físicas del bebe.

La puntuación va de 0 a 10, a mayor puntuación mejor estado de salud del bebé.

- De 0 a 4 puntos, el bebé manifiesta una asfixia severa. Necesita maniobras de reanimación o resucitación.
- De 4 a 7 puntos, el bebé manifiesta una asfixia leve y puede no dejar secuela. Además pueden ser necesarias algunas maniobras para ayudarlo a respirar.
- De 7 a 10 puntos el bebé nace en condiciones normales.

Una puntuación inicialmente baja no indica que existan riesgos a largo plazo para el recién nacido, mientras que las maniobras de reanimación hayan sido las correctas y que la puntuación se normalice a los 5 o 10 minutos. Este test debe ser tomado al primer minuto de nacer y a los cinco minutos, en el caso de un resultado por debajo de 7 puntos.

- **Puntuación de Apgar al primer minuto**

Si la puntuación del recién nacido se encuentra entre 7 y 10, generalmente significa que está en buen estado de salud y no necesita más que el cuidado posparto de rutina. Si la puntuación se encuentra entre 4 y 6, puede ser que necesite un poco de ayuda para respirar, se necesitará tomar medidas inmediatas para salvar la vida del recién nacido, como por ejemplo la reanimación. No obstante, recuerda que una puntuación baja al primer minuto no significa que el recién nacido no vaya a estar bien [38]. A veces los bebés que nacen prematuros

o mediante una cesárea, por ejemplo, tienen puntuaciones más bajas de lo normal, especialmente en la prueba del primer minuto.

- **Puntuación de Apgar a los cinco minutos**

La puntuación refleja el estado cambiante del recién nacido y la suficiencia de las maniobras de reanimación. La persistencia de puntuaciones bajas indica la necesidad de efectuar esfuerzos terapéuticos adicionales y habitualmente la gravedad del problema subyace del neonato. En la valoración de la suficiencia de la reanimación, el problema más frecuente es la insuficiencia de la insuflación y la ventilación pulmonar. Si la puntuación no aumenta a medida que se desarrollan las maniobras de reanimación, es importante comprobar que la mascarilla se ajuste bien a la cara del recién nacido, la colocación apropiada del tubo endotraqueal y verificar que se aplican a la bolsa unas presiones inspiratorias suficientes [38]. Cuando más prolongado es el periodo de depresión grave, lo más probable será un resultado neurológico anómalo a largo plazo.

En la reanimación del recién nacido, según el grado de complejidad del problema se pueden optar por los siguientes tipos:

- TIPO I: Estabilización inicial con aspiración de secreciones.
- TIPO II: Administración de oxígeno indirecto.
- TIPO III: Administración de presión positiva.
- TIPO IV: Intubación endotraqueal, masaje cardíaco.
- TIPO V: Administración de medicación y/o fluidos.
- TIPO O: No reanimación, evitar pérdida calor, estimulación.

En la reanimación a un recién nacido se realizan un conjunto de maniobras con la finalidad de que la adaptación a la vida extrauterina sea adecuada y de este modo preservar la salud del mismo.

2.4. Salud sexual y reproductiva

La salud sexual y reproductiva se refiere a un estado de bienestar físico, emocional, mental y social relacionado con la sexualidad; no es solamente la ausencia de enfermedad, disfunción o incapacidad. Para que la salud sexual se logre y se mantenga, los derechos sexuales de todas las personas deben ser respetados, protegidos y ejercidos a plenitud (OMS, 2006). Entonces, la salud sexual es el desarrollo de las capacidades de las personas que permite tener una vida sexual placentera, segura y responsable [39].

La salud sexual en los adolescentes es un componente esencial de la capacidad para transformarse en personas equilibradas, responsables y productivas dentro de la sociedad. Este aspecto implica que los adolescentes puedan tener una vida sexual segura y satisfactoria, la capacidad de tener hijos y la libertad de decidir si quieren tenerlos, cuándo y con qué frecuencia (derechos reproductivos). Ellos tienen el derecho a estar informados y tener acceso a métodos de regulación de la fertilidad seguros, eficaces y asequibles así como a disponer de servicios accesibles que permitan la adecuada asistencia profesional a la mujer embarazada y permitan que el parto se produzca de forma segura y garantice el nacimiento de hijos sanos [39].

En Bolivia, el inicio de la actividad sexual se encuentra entre los 14 y 16 años, aspecto influenciado por cambios sociales y económicos, que contribuyen a adelantar la edad de iniciación sexual [7]. Entre el 2003 y el 2008, la proporción de mujeres embarazadas entre 15 y 19 años se incrementó del 14.7% al 18%, cabe señalar que más del 25% de las madres adolescentes apenas han concluido la

educación primaria. Asimismo, sólo una de cada cuatro adolescentes sexualmente activas usan algún método anticonceptivo, a pesar de que el conocimiento sobre el tema alcanza a cerca de un 92%. Además, la proporción de embarazo en adolescentes entre 15 y 19 años es cercana al 21%; lo más alarmante es que hay un 9% de adolescentes menores de 13 años que han estado embarazadas o ya son madres [8]. El embarazo en las adolescentes es considerado un problema social por las consecuencias que traen en la perspectiva de vida de las adolescentes reflejada en barreras para el logro educativo, el desarrollo integral y el ejercicio de derechos.

III. DISEÑO METODOLÓGICO

3.1. Tipo de investigación

El presente estudio se considera **analítico** tomando en cuenta que se pretende conocer la relación causa - efecto, entre el embarazo en adolescentes y la presencia de complicaciones obstétricas y perinatales, respecto de las adultas.

Así también en función al control que tiene el investigador sobre las variables, se toma en cuenta los de **cohorte retrospectiva**. La cohorte de los expuestos y los no expuestos se identifica a partir de la revisión de la historia clínica, tomando en cuenta que "...en éstos se desea conocer qué parte de una población que presenta un determinado problema de salud o fenómeno, estuvo expuesta a la causa o al factor que se supone asociado al problema.

Las investigaciones definen su enfoque por los procedimientos e instrumentos que usan, es así que se utilizó un enfoque cuantitativo en la recolección de los datos estadísticos a través de la revisión de historias clínicas; el mismo permite "...la recolección de datos numéricos como base, para obtener un análisis estadístico y establecer patrones de comportamiento y probar teorías" [40].

Por las características de la investigación se define como **no experimental** puesto que no existirá manipulación de ninguna variable, sin embargo, se hará un análisis minucioso de la información recolectada.

3.2. Universo

Para el presente trabajo de investigación se considera a todas las pacientes que tuvieron su parto en el Servicio de Maternidad del Hospital La Paz, durante el primer semestre de la gestión 2013.

3.3. Muestra

La población con la que se trabajó en la investigación fueron todas las mujeres adolescentes que dieron a luz durante el primer semestre de la gestión 2013. El número asciende a 140. Por otro lado, para fines comparativos, se buscó un número similar de embarazadas adultas, para lo cual se calcula la muestra aleatoria estratificada (MAE). El procedimiento estadístico para hacerlo fue el siguiente:

Se calculó el factor multiplicador o fracción del estrato **f** [41] dividiendo la muestra aproximada **n** entre el número de la población **N**

$$f = \frac{n}{N}$$
$$f = \frac{140}{345}$$
$$f = 0,4057$$

Una vez obtenido el factor, se procedió a multiplicar el mismo por la cantidad de embarazadas correspondiente a cada mes, en el periodo de enero a junio.

Tabla N° 2 Tabla de Estratificación de la Muestra

MES	N° EMBARAZADAS	FACTOR MULTIPLICADOR (f)	MUESTRA
Enero	74	0,4057	30
Febrero	75	0,4057	30
Marzo	42	0,4057	17
Abril	63	0,4057	26
Mayo	45	0,4057	18
Junio	46	0,4057	19
TOTAL	345		140

Fuente: Elaboración Propia

3.3.1. Contexto y lugar de intervención

El presente trabajo de investigación se realizó en el servicio de Maternidad del Hospital La Paz, que se considera como un centro hospitalario de Segundo Nivel, reconocido mediante Resolución Ministerial N° 0959. Es a partir del 7 de diciembre de 1993, que se le confiere la denominación de Hospital de Segundo nivel.

Está ubicado en la zona Noroeste de la ciudad de La Paz, en la Plaza 14 de Septiembre, más conocida como “Garita de Lima”, depende del Servicio Departamental de Salud (SEDES - LA PAZ).

En la actualidad el Servicio de Maternidad cuenta con veinte y cuatro camas con el siguiente detalle: seis camas en puerperio quirúrgico; siete camas en puerperio fisiológico; siete camas en alto riesgo obstétrico y cuatro camas en la sala de partos. La sala de partos cuenta con dos mesas ginecológicas para la atención de partos y un quirófano para las cesáreas.

El Hospital La Paz es un Hospital eminentemente resolutivo y es un Hospital de referencia de la Red Noroeste con 14 Centros de Salud y una Maternidad y teniendo afluencia en la zona de Nor Yungas con los centros de salud de Zongo y Zongo Choro.

En relación al personal en el Servicio de Maternidad, se cuenta con: 8 Médicos Obstetras que realizan turnos de 24 horas. Además se cuenta con la colaboración de Internos de Medicina (alumnos que cursan el quinto año de la carrera de Medicina) que realizan el rote de tres meses por el servicio de Gineco-Obstetricia.

El personal de enfermería, cuenta con: 5 Licenciadas en Enfermería, 18 Auxiliares de Enfermería en los diferentes turnos. Se cuenta además con la colaboración de Internos de Enfermería y estudiantes del pre grado.

3.3.2. Criterios de inclusión

Los criterios de inclusión considerados para la presente investigación fueron los siguientes:

- Usuarías que se internaron en el servicio de Maternidad y que tuvieron su parto en el Hospital La Paz entre enero y junio de 2013.

3.3.3. Criterios de exclusión

Los criterios de exclusión para la presente investigación fueron:

- Pacientes que se internaron en el servicio de Maternidad pero que no tuvieron su parto.

3.4. Fuentes de información

Radica en la utilización de la historia clínica como fuente primaria, tomando en cuenta que la misma aglutina datos específicos del embarazo en lo que respecta a lo obstétrico y lo perinatal. Por otro lado, como fuente secundaria, se tomó en cuenta la revisión bibliográfica de documentación con relación a la temática de interés, es decir, el embarazo adolescente y adulta. Entre las mismas se puede mencionar a revistas, artículos, libros entre otros.

3.5. Técnicas e instrumentos

Las técnicas de investigación utilizadas para la recogida de datos fueron la **Historia Clínica** Perinatal Base que incluye toda la información necesaria, y que fue organizada en función a las variables de investigación. Cabe mencionar que para la recolección de la información se usó la ficha de registro de datos que está

constituido por una hoja donde se anota una serie de datos resumen de la información de la historia clínica, registrando así los datos mínimos de la atención obstétrica. Adicionalmente, se usó la **revisión documental**, que fue importante para la organización del marco teórico.

3.6. Plan de análisis

La obtención de la información de las historias clínicas se realizó mediante el Sistema Informático Perinatal (SIP) y posteriormente el traslado de datos y el cálculo de riesgo relativo, intervalo de confianza, X^2 y valor de P se realizó mediante la utilización “statcalc” y “tablas de 2 x 2” del programa estadístico EPI-INFO versión 7.

Como complemento, se utilizó Microsoft Excel para la representación gráfica de los resultados.

IV. RESULTADOS

Del procesamiento de la información en Epi-Info Versión 7 se ha obtenido el Riesgo Relativo – RR con un intervalo de confianza de 95% y además, el resultado de la prueba de “Chi Cuadrado” y el valor de probabilidad “P”.

Se obtuvieron los siguientes resultados:

Tabla N°3 Anemia Durante el Embarazo

		<13.9g/dl	≥14g/dl		
		+	-		
ADOLESCENTES	+	108	32	RR: 2,7	
ADULTAS	-	40	100	IC: 2<RR<3,6	
				X ² : 64,3	
				P : 0.0000	

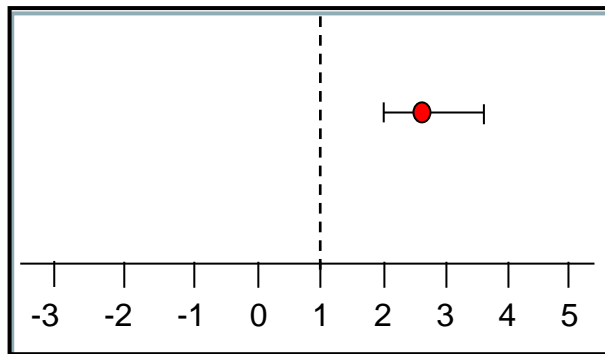
Fuente: Elaboración propia.

GRAFICO N° 1

ANEMIA DURANTE EL EMBARAZO

RIESGO RELATIVO

EFFECTO PROTECTOR **EFFECTO DAÑO**



Fuente: Elaboración propia.

Las adolescentes embarazadas tienen casi 3 veces más riesgo, en comparación con las adultas, de sufrir anemia durante el embarazo, aspecto que denota dificultades en la alimentación, dieta para ocultar el embarazo, acceso tardío a control prenatal (sulfato ferroso, multivitaminas y orientación alimentario-nutricional).

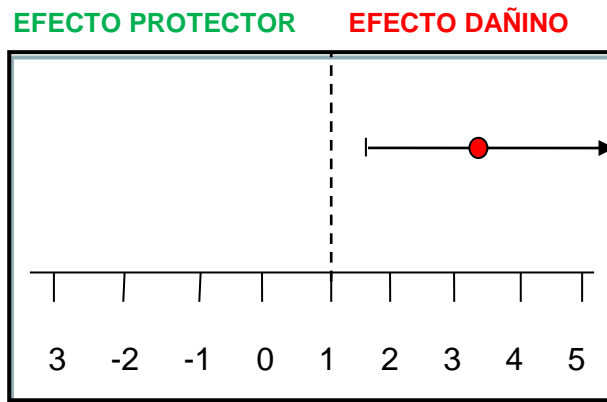
Por otro lado marca una importante vulnerabilidad en caso de presentarse una hemorragia obstétrica, misma que se asocia a un riesgo mayor de sufrir muerte materna (3 veces mayor riesgo de morir si la parturienta es anémica).

Tabla N° 4 Retardo de Crecimiento Intrauterino

		SI +	NO -	
ADOLESCENTES	+	19	121	RR: 3,2 IC: 1,3<RR<7,7
ADULTAS	-	6	134	X ² : 6,32 P: 0,012

Fuente: Elaboración propia.

GRAFICO N° 2
RETARDO DE CRECIMIENTO INTRAUTERINO
RIESGO RELATIVO



Fuente: Elaboración propia.

Las adolescentes embarazadas tienen 3 veces más riesgo de tener un hijo con retardo de crecimiento intrauterino (RCIU).

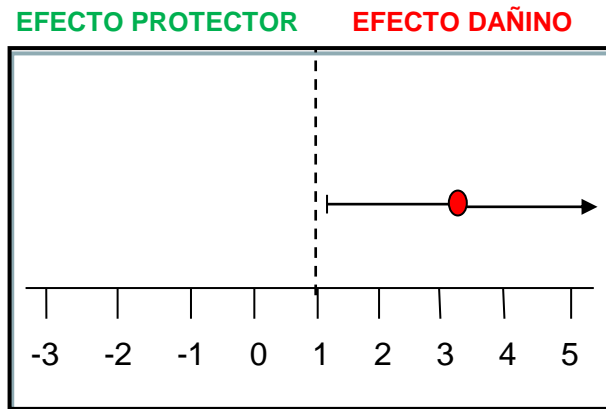
Esta relación pudiera estar ligada a la ocurrencia mayor de anemia en las adolescentes. Una madre adolescente anémica, puede tener hijos pequeños para la edad gestacional, pretérminos y con RCIU.

Tabla Nº5 Infección Urinaria

		SI +	NO -	
ADOLESCENTES	+	10	130	RR: 3,2 IC: 1,1<RR< 9,7
ADULTAS	-	4	136	X ² : 4,0081 P: 0,045

Fuente: Elaboración propia.

GRAFICO Nº 3
INFECCION URINARIA
RIESGO RELATIVO



Fuente: Elaboración propia.

Las adolescentes embarazadas tienen 3 veces mayor riesgo de sufrir infección urinaria y exponerla a sus consecuencias: RPM, amenaza de parto prematuro, bajo peso al nacer, etc.

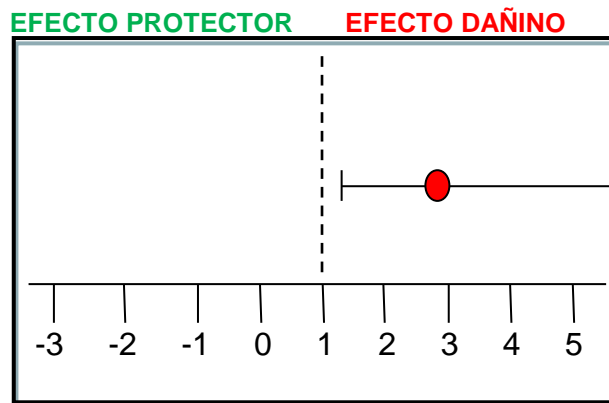
Una gestante adulta, que realiza control prenatal, tiene más posibilidades de hacerse un examen de orina, diagnosticarse la ITU y tratarla antes de llegar al término del embarazo.

Tabla N°6 Rotura Prematura de Membranas

		SI +	NO -	
ADOLESCENTES	+	18	122	RR: 2,6 IC: 1,1<RR< 5,9 X ² : 4,39 P: 0,036
ADULTAS	-	7	133	

Fuente: Elaboración propia.

GRAFICO N° 4
ROTURA PREMATURA DE MEMBRANAS
RIESGO RELATIVO



Fuente: Elaboración propia.

Las adolescentes embarazadas tienen casi 3 veces más riesgo de sufrir RPM, con una confiabilidad mayor al 95%.

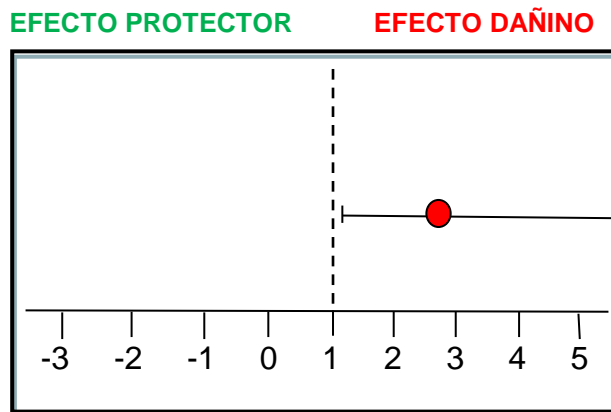
Este resultado está relacionado a la ITU (ver cuadro anterior). Una embarazada con ITU corre riesgo de desarrollar RPM.

Tabla N°7 Edad Gestacional

		<37 SEM	≥37 SEM		
		+	-		
ADOLESCENTES	+	13	127	RR: 2,7	IC: 1,1<RR< 6,6 X ² : 3,99 P: 0,046
ADULTAS	-	7	133		

Fuente: Elaboración propia.

GRAFICO N° 5
EDAD GESTACIONAL
RIESGO RELATIVO



Fuente: Elaboración propia.

Una adolescente embarazada tiene casi 3 veces más riesgo de tener un hijo que nace antes de tiempo (pretérmino) en comparación con las embarazadas adultas. Asociación con más del 95% de confiabilidad.

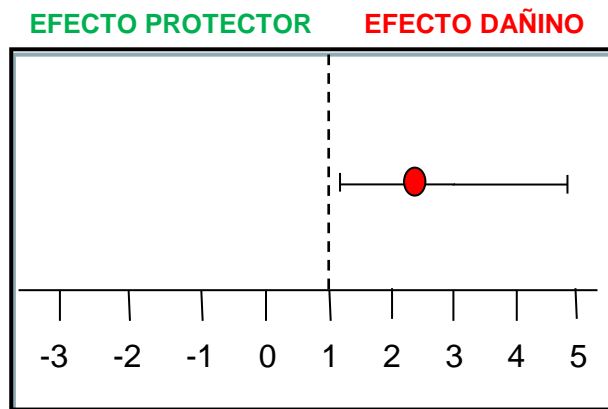
Estamos evidenciando una relación fuerte entre la anemia, ITU, RCIU, RPM, PEG y prematuridad.

Tabla N°8 Peso Recién Nacido para la Edad Gestacional

		PEG	AEG		
		+	-		
ADOLESCENTES	+	20	120	R: 2,3	IC: 1,1<RR< 4,9 X ² : 4,52 P: 0,033
ADULTAS	-	9	131		

Fuente: Elaboración propia.

GRAFICO N° 6
PESO RECIEN NACIDO PARA LA EDAD GESTACIONAL
RIESGO RELATIVO



Fuente: Elaboración propia.

Las embarazadas adolescentes tienen dos veces más riesgo de tener un hijo/a que sea pequeño para la edad gestacional.

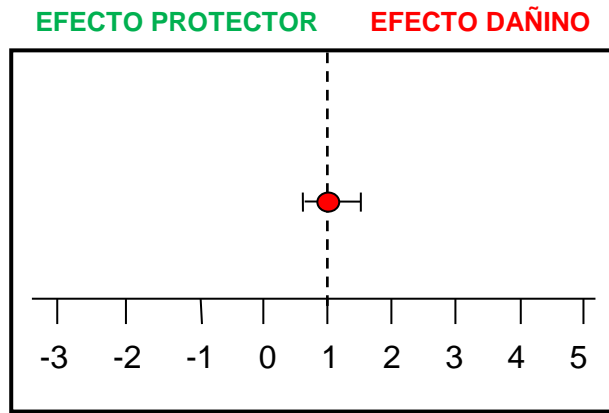
Reiteramos la relación referida en la página anterior.

Tabla Nº9 Terminación del Parto

		CESAREA	VAGINAL	
		+	-	
ADOLESCENTES	+	45	95	RR: 1 IC: 0,7<RR< 1,5 X ² : 0,02 P: 0,89
ADULTAS	-	43	97	

Fuente: Elaboración propia.

GRAFICO Nº 7
TERMINACION DEL PARTO
RIESGO RELATIVO



Fuente: Elaboración propia.

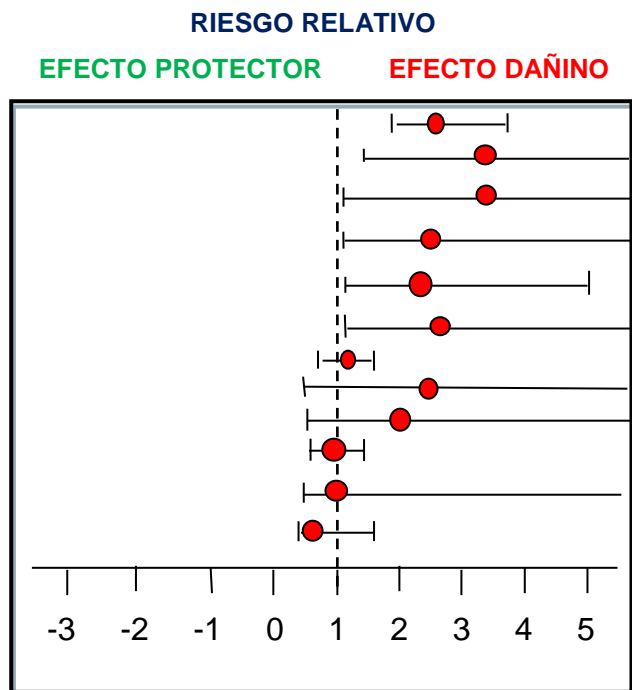
No se encontró una relación significativa entre la edad de la embarazada o parturienta y la vía de terminación del embarazo, ya sea parto o cesárea. Este resultado ratifica las conclusiones encontradas en publicaciones foráneas y nacionales en las que se afirma que no por ser adolescentes se operan más que las adultas, o sea, las adolescentes de 15 a 19 años tienen partos vaginales como las adultas.

Tabla N°10 Resumen de Resultados

FACTOR DE RIESGO	RIESGO RELATIVO	INTÉRVALO DE CONFIANZA
Anemia durante el embarazo	2,7	2 <RR< 3,6
Retardo de crecimiento intrauterino	3,2	1,3 <RR< 7,7
Infección urinaria	3,2	1,1 <RR< 9,7
Rotura prematura de membranas	2,6	1,1 <RR< 5,9
Peso Recién Nacido para la edad gestacional	2,3	1,1 <RR< 4,9
Edad gestacional al parto	2,7	1,1 <RR< 6,6
Control prenatal	1,2	0,9 <RR< 1,7
Preeclampsia – eclampsia	2,5	0,5 <RR< 12,7
Amenaza de parto prematuro	2	0,5 <RR< 7,8
Terminación del parto	1	0,7 <RR< 1,5
Mortinato	1	0,6 <RR< 15,8
Apgar al 1er minuto	0,7	0,3 <RR< 1,7

Fuente: Elaboración propia.

GRAFICO N° 8
RESUMEN DE RESULTADOS



Fuente: Elaboración propia.

V. DISCUSIÓN

Resultados similares a los obtenidos en la presente investigación se recogieron por otros autores en estudios realizados donde las embarazadas tenían riesgos médicos asociados al embarazo en madres adolescentes, por lo cual determinan una elevación de la morbilidad materna y un aumento estimado de 2 a 3 veces en la mortalidad infantil, cuando se compara con los grupos de edades entre 20 y 29 años. Las patologías maternas, perinatales y de recién nacidos son más frecuentes en las mujeres menores de 20 años y, sobre todo, en los grupos de edades más cercanos a la menarquia, menores de 15 años [42].

Con respecto a las enfermedades relacionadas con el embarazo, las adolescentes sufren más complicaciones que la mujer adulta, entre las que se puede citar la eclampsia y las anemias. Son más proclives también a los partos pretérminos, que pueden llevar incluso a la muerte, o a recién nacidos de bajo peso, prematuridad, traumas obstétricos y un riesgo elevado de muerte prenatal en el transcurso del primer año de vida. Además, en la embarazada adolescente se suma el riesgo nutricional, pues se añaden a las necesidades normales de su crecimiento, las del feto que engendra [43].

En otro estudio, se denota el estado nutricional, el cual se manifestó en el bajo peso materno, esto coincide con otros autores [44]; en cuanto a las enfermedades que se asociaron con mayor frecuencia se encuentran la anemia (33,3 %), los signos de alarma y amenaza de parto pretérmino (14,3 %) y postérmino (9,8 %), lo que se corresponde con la bibliografía revisada y pone de manifiesto el gran riesgo que entrañan el embarazo en estas edades tempranas [45].

De igual forma se manifestó la incidencia de la morbilidad perinatal, donde se observaron complicaciones tales como el bajo peso al nacer (6,8 %) y la depresión al nacer (4,5 %), las cuales se observaron en una cifra mucho menor en

el grupo de gestantes de mayor edad [46]. En cuanto a las complicaciones maternas periparto y posparto fueron también más frecuentes en las adolescentes, similar a lo planteado por otros autores [9].

VI. CONCLUSIONES

Culminada la investigación se puede arribar a las siguientes conclusiones:

El embarazo es una etapa muy importante tanto para la madre adolescente como para la madre adulta, puesto que debe estar bien preparada para recibir un recién nacido; y por otro lado, es crucial para el niño siendo que el mismo se debe predisponer a venir al mundo.

Bajo ese entendido se asevera que la gestación y el parto conllevan una serie de complicaciones tanto obstétricas como perinatales, predisponiendo en determinada situación al riesgo de ambos, es decir, madre e hijo.

El número de embarazos suscitados durante el primer semestre de 2013 en el Hospital La Paz, en adolescentes asciende a 140 y en adultas a 345, está situación determina que el 41% son adolescentes.

Las complicaciones obstétricas en el proceso del embarazo que preponderan son: la anemia, misma que es un problema que afecta de sobre manera a la madre como al recién nacido, inclusive orienta a la muerte de ambos; así también la infección urinaria se constituye en una complicación determinante, puesto que orienta a la rotura prematura de membranas, amenaza de parto prematuro y de igual manera al anterior el bajo peso al nacer; finalmente la edad gestacional misma que las embarazadas adolescentes tienen mayor riesgo de que el niño nazca antes del tiempo establecido.

Las complicaciones perinatales fetales que afectan al recién nacido tenemos: retardo de crecimiento intrauterino, predisponiendo al nacimiento de niños pequeños para la edad gestacional, recién nacidos de bajo peso y con una edad gestacional menor a 37 semanas.

Por otra parte, el estudio identificó la combinación de características del embarazo que exponen a la misma y a su recién nacido a riesgos propios de una gestación temprana.

Finalmente, el acceso al control prenatal y el Apgar al primer minuto no son significativos en el embarazo adolescente, al igual que en la población adulta.

VII. RECOMENDACIONES

De la presente investigación nacen las siguientes recomendaciones:

Para el control y contención de la adolescente embarazada, es necesaria la integración de un equipo interdisciplinario, con amplia participación de psicólogos y trabajadores sociales, además de una especial capacitación del equipo asistencial en lo referente a los riesgos perinatales a los que está expuesta la adolescente gestante.

Insistir en el adecuado manejo del riesgo preconcepcional, así como el seguimiento riguroso de las gestantes para detectar y controlar precozmente aquellas complicaciones que afectan al recién nacido ya que las mismas se pueden evitar.

Es importante informar sobre los riesgos y complicaciones del embarazo en la adolescencia y todos los cambios que se producirán desde el momento en que la adolescente quede embarazada mediante charlas educativas.

Los factores de riesgo analizados y sus consecuencias llaman a la reflexión en el sentido de la importancia de delinear estrategias más efectivas para reducir el embarazo en adolescentes, retardar el inicio de relaciones sexuales, promover la anticoncepción en adolescentes con vida sexual activa y sobre todo, reducir el segundo embarazo en adolescentes mediante difusiones en los medios de comunicación sobre la anticoncepción.

VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- [1] REYES Ruiz, A. Aspectos de la accesibilidad que influyen en el uso de métodos de planificación familiar de las mujeres en edad fértil. 2008.
- [2] MOLINA, M.; y Pérez, Ferrada. Embarazo en la adolescencia. Revista Ciencia y Salud. 2007.
- [3] MELÉNDEZ, D. Contexto cultural de la maternidad y paternidad en adolescentes en Costa Rica. Ed. San José. Costa Rica. OPS/OMS. 2008.
- [4] MARTÍNEZ Monsalvez, Andrés. Embarazo Adolescente – Promoción y Prevención. 2009. Universidad de las Américas.
- [5] OMS (Organización Mundial de la Salud). Mortalidad materna. 2012. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/es/> Recuperado el: 29-11-2013.
- [6] OMS (Organización Mundial de la Salud). Riesgos para la salud de los jóvenes. 2011. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs345/es/> Recuperado el: 29-11-2013.
- [7] MINISTERIO de Salud y Deportes y otros. Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDSA- 2008). Informe. 2009.
- [8] UNPFA. Embarazo en adolescentes. En Bolivia y el mundo. Día de la Población mundial 2013. Bolivia. 2013.
- [9] CARDENAS, Susan; y otros. (2012). Principales hallazgos prenatales y postnatales en mujeres embarazadas adolescentes y adultas, cuyos partos fueron atendidos en la Clínica San Cayetano, 2009-2010. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/2738/273825390010.pdf> Recuperado en: 06 de noviembre de 2013
- [10] DIAZ, Angélica; SANGUEZA R, Pablo y YAKSIC B, Nicole. Riesgos obstétricos en el embarazo adolescente: estudio comparativo de resultados obstétricos y perinatales con pacientes embarazadas adultas. 2008.
- [11] FURZÁN, Jaime A. 2010. Embarazo en adolescentes y resultado perinatal adverso: un análisis multivariado de factores predictivos de riesgo. GacMéd Caracas.
- [12] VÁZQUEZ MÁRQUEZ Ángela y otros. Embarazo y adolescencia: Factores biológicos materno y perinatal más frecuentes. 2008.

- [13] INE. Principales resultados del Censo Nacional de Población y Vivienda 2012 (CNPV 2012). Estado Plurinacional de Bolivia.
- [14] APRENDE BOLIVIA. Proyectan 14.000 casos de embarazos adolescentes hasta fin de año en La Paz. 2011. Disponible en: http://aprendebol.blogspot.com/2011_09_01_archive.html. recuperado el: 29-11-2013.
- [15] MENÉNDEZ GUERRERO Gilberto Enrique; y otros. El embarazo y sus complicaciones en la madre adolescente. 2012.
- [16] GABBE SG, NIEBYL JR, SIMPSON JL (2007). Obstetricia Normal y problemas prenatales. 5ª edición. Philadelphia: Elsevier Churchill Livingstone. Pág. 33
- [17] RUOTI, A. Patología obstétrica en la adolescente embarazada. 2008.
- [18] VALERA, Jorge. El Embarazo en la Adolescencia. 2009.
- [19] FLORES, M. Consumo de energía y nutrientes en mujeres en edad reproductiva. 2008.
- [20] ISHIKAWA, Sharon; y Raine, Adrian. Complicaciones Obstétricas y Agresión. 2009.
- [21] GUZMÁN J, Hakkert R; y Contreras J, Falconier M. Diagnóstico sobre salud sexual y reproductiva de adolescentes en América Latina y el Caribe. México. 2000.
- [22] JIMÉNEZ, María; y otros. Manual para la atención integral de la adolescente embarazada. Centro de desarrollo estratégico e información en salud y seguridad social (CENOEISS). 2009.
- [23] FARNOT, M. Anemia y embarazo. 2007.
- [24] OMS. Concentraciones de hemoglobina para diagnosticar la anemia y evaluar su gravedad. 2011.
- [25] IAPAC. Anemia.2013.
- [26] Guía breve sobre la anemia. Disponible en: http://www.nhlbi.nih.gov/health/pub lic/ blood/anemia-inbrief_yg_sp.pdf. Recuperado en: 06 de noviembre de 2013
- [27] VALLANO A. Antimicrobianos y embarazo. Microbiol. Revista de ciencia y salud. 2009.
- [28] BARRIENTOS Montero, M; García Rabanal, D; y otros. Guía de control y seguimiento del embarazo en atención primaria. 2006.
- [29] BOGANTES y Solano. Infecciones urinarias en el embarazo. 2010.
- [30] Müller Edith; y Ruiz Ariel. Embarazo e infecciones cérvico-vaginales. 2011.
- [31] ROSSO, P.; y Mardones, F. Nutrición en el embarazo. 2009.

- [32] CABERO Roura, Luis, y Rodríguez Saldivar. Obstetricia y medicina materno-fetal. Ed. Medica Panamericana. 2007. Madrid.
- [33] COLEGIO Americano de Obstetras y Ginecólogos. Sangrado durante el embarazo. 2008.
- [34] PELÁEZ MENDOZA Jorge. Adolescente embarazada: características y riesgos. 2007.
- [35] FRICKER, Jacques; y otros. Guía de la alimentación del niño: de la concepción a la adolescencia. Ed. Tursen SA. 2004. España.
- [36] DE ALBERA, Ribotta. Riesgo de Complicaciones Perinatales en Embarazadas con Periodontitis Moderada y Severa, en la Ciudad de Córdoba.2010.
- [37] PITTALUGA P. Enrica, y otros. Curva de crecimiento intrauterino para prematuros entre 23 a 36 semanas de edad gestacional. 2002.
- [38] CLOHERTY, John, y otros. Manual de cuidados neonatales. Ed. Masson SA. Barcelona. 2005.
- [39] CIES. 2008. Un pacto por nuestros derechos sexuales y reproductivos.
- [40] HERNANDEZ y otros, 2010: Metodología de la investigación. Mc Graw Hill México
- [41] KISH LESLIE, Hungria 1910 – EE.UU. 2000, La Estadística en el Método Científico, Teoría del muestreo
- [42] LAFFITA Batista A, Ariosa JM, Cutié Sánchez JR. Adolescencia e interrupciones de embarazos. Rev Cubana Obstet Ginecol. 2004; 30(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2004000100004&lng=es&nrm=iso&tlng=es
Recuperado en: 06 de noviembre de 2013
- [43] VALDES DACAL S, Essien J, Bardales J, Saavedra MD, Bardales E. Embarazo en la adolescencia. Incidencia, riesgos y complicaciones. Rev Cubana Obstet Ginecol. 2002; 28 (2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2002000200004&lng=es&nrm=iso&tlng=es
Recuperado en: 06 de noviembre de 2013
- [44] MENENDEZ LOPEZ L, et al. Morbilidad perinatal en la adolescente. X Congreso Nacional de Obstetricia y Ginecología y III de Perinatología. Libro de Resúmenes. Ciudad de La Habana, 1997. p. 33).

- [45] (DELIS SAVIN M, et al. Algunos factores biosicosociales que influyen en la maternidad precoz. X Congreso Nacional de Obstetricia y Ginecología y III de Perinatología. Libro de Resúmenes. Ciudad de la Habana, 1997. p. 36).
- [46] PELAEZ MENDOZA J, Sarmiento Barceló J, Oz Cornesa R de la, Zambrano Cárdenas A. Cesárea en la adolescencia: Morbilidad materna y perinatal. Rev Cubana ObstGinecol 1996;22(1):45-52.

GLOSARIO DE TERMINOS

- **OMS** Organización Mundial de la Salud
- **ENDSA** Encuesta Nacional de Salud
- **UNFPA** Fondo de Población de las Naciones Unidas
- **INE** Instituto Nacional de Estadística
- **RN** Recién Nacido
- **RCIU** Retardo de Crecimiento Intrauterino
- **ITS** Infección de transmisión Sexual
- **PEG** Pequeño para la Edad Gestacional
- **GEG** Grande para la Edad Gestacional
- **AEG** Adecuado para la Edad Gestacional
- **MAE** Muestra Aleatoria Estratificada
- **SIP** Sistema Informático perinatal
- **RPM** Rotura Prematura de Membranas
- **ITU** Infección del Tracto Urinario

ANEXOS

ANEXO N° 1
CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDADES	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC
Elaboración del perfil de tesis	XXXX									
Coordinación y solicitud de permiso para realizar la tesis con Dirección jefatura de enseñanza jefatura de enfermería.		X								
Recopilación de información bibliográfica		XXXX	XXXX	XXXX						
Análisis y estructuración del marco teórico.			XXXX	XXXX						
Elaboración de los instrumentos y trabajo de campo.				XXXX	XXXX					
Procesamiento de la información.						XXXX				
Análisis e interpretación de resultados.							XXXX			
Elaboración de conclusiones y recomendaciones.								X		
Revisión general.								XX		
Presentación del informe final.								X		
Pre defensa de la tesis.									X	
Defensa de la tesis.										X

ANEXO Nº 2
PRESUPUESTO

RECURSOS	DETALLE	COSTO
MATERIALES	ESCRITORIO	1000.00 BS
	IMPRESIÓN	1000.00Bs.
	ANILLADOS Y DOCUMENTO FINAL	800.00 Bs.
	FOTOCOPIAS	500.00 Bs
	LIBROS	300.00 Bs.
	TECNOLOGICOS	FLASH MEMORY
TECNOLOGICOS	CD DE PROGRAMAS Y EFECTOS	100.00BS.
	HORAS DE INTERNET	1000.00 Bs.
	ECONOMICOS	TRANSPORTE
ECONOMICOS	ALIMENTACION	500.00 Bs.
	OTROS	1000.00 Bs.
TOTAL		7280.00 Bs.

ANEXO N°3
FICHA DE DATOS CON BASE EN LA HISTORIA CLÍNICA

DIMENSIÓN	INDICADORES	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Estado actual	Soltera										
	Casada										
	Unión estable										
	Otro										
Gestas previas	0 – 1										
	2 – +										
Parto	Vaginal										
	Cesárea										
Nacidos vivos	Sí – No										
Nacidos muertos	Sí – No										
Edad gestacional a la primera consulta	<20 sem										
	>= 20 sem										
Controles prenatales	0 – 3										
	4 ó más										
Complicaciones del periodo prenatal	Anemia										
	Infecciones										
	Pre eclampsia										
	Eclampsia										
	Hemorragia										
	Amenaza de parto pretérmino										
	Posición fetal										
Tipos de terminación del parto	Eutócico										
	Distócico										
	Cesárea										
	Hemoglobina	Antes del parto									
Peso	<2500 g										
	2501 – 3000 g										
	3001 – 3500 g										
	3501 – 4000 g										
	>4001 g										
Talla	<45 cm										
	45 – 50 cm										
	>50 cm										
Edad Gestacional	<37 sem										
	37 – 41 sem										
	>41 sem										
Prematuros	SI										
	NO										
Percentil de peso por edad gestacional	PEG										
	AEG										
	GEG										
Apgar	<7 PUNTOS										
	7 – 10 PUNTOS										

ANEXO N°4

OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLE	CONCEPTO	DIMENSIÓN	INDICADORES	ESCALA	INSTRUMENTO
Embarazo en adolescentes	Las madres adolescentes pertenecen a sectores sociales desprotegidos y, en las circunstancias en que ellas crecen, su adolescencia tiene características particulares (Issler, 2001).	Edad	Grupo etario	10 – 15 años	Revisión de la Historia clínica
				16 – 20 años	
				21 – 25 años	
				26 – 30 años	
				31 – 35 años	
				36 – 40 años	
		41 – 45 años			
		Nivel de educación	Nivel	Ninguno	
				Primaria	
				Secundaria	
		Estado civil	Estado actual	Universitario	
				Soltera	
Casada					
Antecedentes obstétricos	Gestas previas	Unión estable			
		Otro			
	Parto	0 – +			
Edad gestacional	Edad gestacional a la primera consulta	Vaginal			
		Cesárea			
Embarazo	Controles prenatales	<20 sem			
		>= 20 sem			
Complicaciones	Es un desorden concurrente relacionado al embarazo de adolescentes que amenaza la salud de la madre o el feto. (Román, 2012).	Complicaciones biológicas	Complicaciones del periodo prenatal	0 – 3	Revisión de la Historia clínica
				4 ó más	
				Anemia	
				Infecciones	
				Hipertensión	
				Pre eclampsia	
				Eclampsia	
				Hemorragia	
				Amenaza de parto pretérmino	
				Posición fetal	
				Otro	
				Tipos de terminación del parto	
Distócico					
Cesárea					
Hemoglobina	Hemoglobina	Antes del parto			

VARIABLE	CONCEPTO	DIMENSIÓN	INDICADORES	ESCALA	INSTRUMENTO
		Complicaciones fetales perinatales	Peso	<2500 g	Revisión de la Historia clínica
				2501 – 3000 g	
				3001 – 3500 g	
				3501 – 4000 g	
				>4001 g	
			Edad Gestacional	<37 sem	
				37 – 41 sem	
				>41 sem	
			Prematurez	SI	
				NO	
			Percentil de peso por edad gestacional	PEG	
				AEG	
				GEG	
		Apgar	<7 puntos		
			7 – 10 puntos		

ANEXO N°5

INTERFAZ DEL SISTEMA INFORMÁTICO PERINATAL - SIP



ANEXO N°6

HISTORIA CLINICA PERINATAL BASE

N° de Carpeta Familiar: _____
Código Único de Seguro: _____

HISTORIA CLINICA PERINATAL - CLAP - OPS / OMS

FECHA DE NACIMIENTO: día mes año

INDIGENIA: Indígena Alfa Beta L1 Mestiza Blanca Otra

ESTUDIOS DE NIVEL: ninguno primaria secundaria superior

ESTADO CIVIL: casada unión estable soltera otro

CONTROL PRENATAL EN: PARTO EN:

LOCALIDAD / COMUNIDAD: _____ MUNICIPIO: _____

EDAD (años): < de 15 > de 35

RED: _____ TELEFONO: _____

IDIOMA HABLADO: L1 _____ LENGUA MATERNA: L10 _____

ANTICEDENTE de gemelares: no sí

gestas previas: abortos: vaginales: nacidos vivos: viven:

FIN DE EMBARAZO ANTERIOR: día mes año menos de 1 año

EMBARAZO PLANEADO: no sí

FRACASO METODO ANTICONCEPTIVO: no usaba barrera DIU hormonal otros

1. ANTECEDENTES

FAMILIARES: TBC diabetes hipertensión preeclampsia eclampsia otra cond. médica grave

PERSONALES: crugía tracto reprod. infertilidad cardiopat. nefropatía VIH + OTRA: _____

OBSTETRICOS: ULTIMO PREVIO: normal < 2500 g normal > 4000 g

3 episodios consecutivos: paros cesáreas nacidos muertos después 1° sem.

2. GESTACION ACTUAL

IMC inicial: L1 L2 L3 L4

EC. CONFIABLE por: FUM Eop < 20% no

FUMA ACT: FUMA PAS: DROGAS: ALCOHOL: VIOLENCIA:

ANTIRUBOLA: previa no usó embarazo no

ANTITETANICA: vigente no sí

EX NORMAL: ODONT. MAMAS

DEVIK: normal anormal no se hizo

PAP: Gama Globulina anti D Rh: no sí

TOXOPLASMOVIS: no se hizo < 20 sem lg G < 20 sem lg M

Hb < 20 sem: anemia sí

Fe / FOLATOS indicados: no sí

Hb > 20 sem: anemia sí

VIH - Diag - Tratamiento: no sí

SIFILIS - Diagnóstico y Tratamiento: no sí

CHAGAS: no se hizo sí

PALUDISMO / malaria: no se hizo sí

BACTERIURIA: no se hizo sí

GUCEMIA EN AVANZADA: no se hizo sí

ESTREPTOCOCCO B 36-37 semanas: no se hizo sí

PLANEANDO MI PARTO: no sí

ORIENTACION Lactancia Mat: no sí

3. PARTO / ABORTO

FECHA DE INGRESO: día mes año

CONSULTAS PRENATALES: completa incompleta ninguna no corresp.

HOSPITALIZ en EMBARAZO: no sí

CORTICOIDES ANTENATAL: completo incompleto semana inicio no corresp.

INICIO espontáneo: no sí

ROTURA DE MEMBRANAS ANTEPARTO: no sí

EDAD GEST. al parto: < 37 sem > 12 hrs > 38°C

PRESENTACION SITUACION: cefálica pélvica transversa

TAMANO FETAL ACORDE: sí no

ACOMPANANTE: pareja familiar otro ninguno

TRABAJO DE PARTO: no sí

ENFERMEDADES: HTA previa HTA inducida embarazo preeclampsia eclampsia cardiopatía nefropatía diabetes

infecc. ovular infec. urinaria amenaza parto preter R.C.I.U. rotura prem. de membranas anemia otra cond. grave

HEMORRAGIA: 1ra mitad (< 22 sem) 2da mitad (> 22 sem)

TDP Prueba: sí no

Sillas: no sí

VIH: no sí

4. RECIEEN NACIDO

POSICION PARTO: sentada acostada

DESARROLLO Grado (1 a 4): no sí

ALUMBRAMIENTO ACTIVO: no sí

OXITOCICOS postparto: no sí

LIGATURA PREZODIUM: no sí

PLACENTA completa retenida: no sí

MECONIO: no sí

INDICACION PRINCIPAL DE INDUCCION O PARTO OPERATORIO: código

INDUC. OPER.

5. PUERPERIO

LACTANCIA inmediata: no sí

APEGO precoz: no sí

Hb postparto: no sí

ANTICONCEPCION: no sí

6. EGRESO RN

vivo falleció

EDAD gestacional al alta: < 1 día > 1 día

ALIMENTACION AL ALTA: lact. exclusiva parcial artificial

7. EGRESO DE LA MUJER

viva falleció durante o en hospital de referencia

METODO ELEGIDO: DIU post-evento DIU natural barrera hormonal ninguno

Nombre recién nacido: _____

Documento impreso con el apoyo financiero del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA)

