

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE LAS MADRES ADOLESCENTES
REFERIDAS A LA CONSULTA PARA ADOLESCENTES DEL HOSPITAL
DE NIÑOS DOCTOR JORGE LIZARRAGA DURANTE
EL PERIODO ABRIL-DICIEMBRE 2016**



**UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DIRECCION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
PROGRAMA DE ESPECIALIZACION EN SALUD
Y DESARROLLO DE ADOLESCENTES**



**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE LAS MADRES ADOLESCENTES
REFERIDAS A LA CONSULTA PARA ADOLESCENTES DEL HOSPITAL
DE NIÑOS DOCTOR JORGE LIZARRAGA DURANTE
EL PERIODO ABRIL-DICIEMBRE 2016**

AUTORA: Yajaira Quintana.

BÀRBULA, JUNIO 2017



**UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DIRECCIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
PROGRAMA DE ESPECIALIZACION EN SALUD
Y DESARROLLO DE ADOLESCENTES**



**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE LAS MADRES ADOLESCENTES
REFERIDAS A LA CONSULTA PARA ADOLESCENTES DEL HOSPITAL
DE NIÑOS DOCTOR JORGE LIZARRAGA DURANTE
EL PERIODO ABRIL-DICIEMBRE 2016.**

TUTORA: Reina Petrella.

**TRABAJO DE INVESTIGACIÓN PRESENTADO ANTE LA COMISIÓN DE
POSTGRADO DE LA UNIVERSIDAD DE CARABOBO PARA OPTAR AL
TÍTULO DE ESPECIALISTA EN: EN SALUD Y DESARROLLO DE
ADOLESCENTES.**

DEDICATORIA

*A DIOS, nuestro señor por haberme permitido vivir y
compartir la experiencia en la realización de este proyecto
profesional.*

*A mi hermosa hija por ser la luz que ilumina todas las
acciones de mi vida.*

*A todos mis familiares y amigos, que de una u otra forma me
han ayudado a alcanzare mis metas.*

AGRADECIMIENTOS

A Dios, por haberme acompañado como siempre en todas mis acciones, por darme la fuerza para seguir adelante.

A la UNIVERSIDAD DE CARABOBO, por haberme abierto nuevamente sus puertas garantizándome como siempre educación de calidad y excelencia.

A mi tutora Dra. Reina Petrellá, por el apoyo prestado en la realización de esta investigación.

A todos mis Profesores del Programa de Especialización Salud y Desarrollo del Adolescente por todos los conocimientos aportados.

Y muy especialmente a las protagonistas de la investigación, las Madres Adolescentes.

ÍNDICE GENERAL

| | Pág. |
|---|-------------|
| DEDICATORIA | v |
| AGRADECIMIENTO | vi |
| ÍNDICE GENERAL | vii |
| ÍNDICE DE CUADROS | ix |
| ÍNDICE DE GRÁFICOS | x |
| RESUMEN EN ESPAÑOL | xi |
| RESUMEN EN INGLES | xii |
| | |
| INTRODUCCION | 1 |
| | |
| Objetivo General | 6 |
| Objetivos Específicos | 6 |
| | |
| METODOLOGÍA | 6 |
| | |
| RESULTADOS | 8 |
| ANÁLISIS y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS | 16 |
| CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES | 21 |
| Conclusiones | 21 |
| Recomendaciones | 22 |
| REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 23 |
| ANEXOS | 27 |

ÍNDICE DE TABLAS

| TABLA No. | | Pág. |
|------------------|---|-------------|
| 1 | Datos descriptivos de los indicadores fecha de menarquía y sexarquía, número y edad de parejas y embarazos de las madres adolescentes referidas a la consulta para adolescentes del Hospital de Niños Doctor Jorge Lizarraga. Periodo Abril-Diciembre 2016 | 9 |
| 2 | Distribución de frecuencias de los indicadores uso y tipo de métodos de control de embarazo de las madres adolescentes referidas a la consulta para adolescentes del Hospital de Niños Doctor Jorge Lizarraga. Periodo Abril-Diciembre 2016 | 10 |
| 3 | Distribución de frecuencias del indicador tipo de parto de las madres adolescentes referidas a la consulta para adolescentes del Hospital de Niños Doctor Jorge Lizarraga. Periodo Abril-Diciembre 2016 | 10 |
| 4 | Distribución de frecuencias de las complicaciones durante el embarazo en las madres adolescentes referidas a la consulta para adolescentes del Hospital de Niños Doctor Jorge Lizarraga. Periodo Abril-Diciembre 2016. | 11 |
| 5 | Distribución de frecuencias de los indicadores complicaciones durante y después del parto de las madres adolescentes referidas a la consulta para adolescentes del Hospital de Niños Doctor Jorge Lizarraga. Periodo Abril-Diciembre 2016 | 12 |
| 6 | Distribución de frecuencias del indicador complicaciones del feto o recién nacido de las madres adolescentes referidas a la consulta para adolescentes del Hospital de Niños Doctor Jorge Lizarraga. Periodo Abril-Diciembre 2016 | 13 |
| 7 | Prueba exacta de Fisher para relacionar las características gineco obstétricas y el estrato socio económico de las madres adolescentes referidas a la consulta para adolescentes del Hospital de Niños Doctor Jorge Lizarraga. Periodo Abril-Diciembre 2016 | 13 |

| TABLA No. | | Pág. |
|------------------|--|-------------|
| 8 | Prueba de chi cuadrado para relacionar las características gineco obstétricas y el estrato socio económico de las madres adolescentes referidas a la consulta para adolescentes del Hospital de Niños Doctor Jorge Lizarraga. Periodo Abril-Diciembre 2016 | 15 |

INDICE DE GRÁFICOS

| GRÁFICO No. | Pág. |
|--|-------------|
| 1 Distribución porcentual del estrato socio económico del grupo familiar de las madres adolescentes referidas a la consulta para adolescentes del Hospital de Niños Doctor Jorge Lizarraga. Periodo Abril-Diciembre 2016 | 8 |



UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DIRECCIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
PROGRAMA DE ESPECIALIZACION EN SALUD
Y DESARROLLO DE ADOLESCENTES



PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE LAS MADRES ADOLESCENTES
REFERIDAS A LA CONSULTA PARA ADOLESCENTES DEL HOSPITAL
DE NIÑOS DOCTOR JORGE LIZARRAGA DURANTE
EL PERIODO ABRIL-DICIEMBRE 2016.

AUTORA: Dra. Yajaira Quintana

TUTORA CLÍNICA: Dra. Reina Petrella.

RESUMEN

El embarazo en las adolescentes es un grave problema social por las consecuencias para el niño y la madre **Objetivo General:** Caracterizar el perfil epidemiológico de las madres adolescentes referidas a la consulta para adolescentes del Hospital de Niños Doctor Jorge Lizarraga durante el periodo Abril- Diciembre 2016. **Metodología:** el estudio fue descriptivo y de campo, con un diseño no experimental y transversal. La muestra estuvo constituida por las 56 adolescentes referidas a la consulta de adolescentes del Hospital de Niños Doctor Jorge Lizarraga durante el periodo Abril-Diciembre 2016. Para la recolección de los datos se aplicó la técnica de la encuesta, utilizando un cuestionario como instrumento. Para el análisis se aplicó la estadística descriptiva y la Prueba Exacta de Fisher y el Chi Cuadrado **Resultados:** las adolescentes se ubicaron en la etapa de adolescencia tardía, con un valor promedio de edad de $16,5\pm 0,17$ años, siendo en un mayoría, solteras o concubinas, con un nivel de instrucción de secundaria incompleta. Por tanto, la mayoría de las adolescentes se situaron en el estrato socio económico III. La edad promedio de la menarquía fue de $11,64\pm 0,18$ y la de la sexarquía $14,12\pm 0,16$ y tuvieron 2 parejas, cuyo promedio de edad fue de $20,42\pm 0,41$. No usaban métodos anticonceptivos, pero asistieron a programas de control de embarazo. En su mayoría eran primíparas y tuvieron parto vaginal o cesárea. La principal complicación durante el embarazo fue la infección; durante el parto el mayor riesgo de cesárea; después del parto la infección y dehiscencia de la herida operatoria y en los recién nacidos la dificultad respiratoria y sépsis. No se presentó asociación estadísticamente significativa entre el estrato socio económico y las características gineco obstétricas, a excepción del número de consultas de control prenatal ($p=0,0470$). **Conclusión:** no existe asociación entre el estrato socioeconómico y las características gineco-obstétricas de las pacientes evaluadas.

Palabras Claves: Adolescentes, Embarazo, Perfil Epidemiológico



UNIVERSITY CARABOBO
FACULTY OF HEALTH SCIENCES
GRADUATE STUDIES DIRECCION
SPECIALIZATION PROGRAM HEALTH
AND ADOLESCENT DEVELOPMENT



EPIDEMIOLOGICAL PROFILE OF ADOLESCENT MOTHERS
REFERRED TO THE CONSULTATION FOR ADOLESCENTS OF
CHILDREN'S HOSPITAL DOCTOR JORGE LIZARRAGA DURING THE
PERIOD APRIL-DECEMBER 2016.

AUTHOR: Dr. Yajaira Quintana
CLINICAL TUTOR: Dr. Reina Petrella.

SUMMARY

Pregnancy in adolescents is a serious social problem due to the consequences for the child and the mother **General Objective:** To characterize the epidemiological profile of adolescent mothers referred to the consultation for adolescents of the Children's Hospital Doctor Jorge Lizarraga during the period April-December 2016 **Methodology:** the study was descriptive and field, with a non-experimental and cross-sectional design. The sample consisted of the 56 adolescents referred to the consultation of adolescents of the Children's Hospital Doctor Jorge Lizarraga during the period April-December 2016. For the collection of the data the technique of the survey was applied, using a questionnaire as instrument. For the analysis, descriptive statistics and Fisher's Exact Test and Chi Square were used. **Results:** adolescents were in the late adolescence stage, with an average age of 16.5 ± 0.17 years, being in a Majority, single or concubine, with an incomplete secondary level of education. Most of the adolescents were in socioeconomic stratum III. The mean age of the menarquía was 11.64 ± 0.18 and that of the sexarquía 14.12 ± 0.16 and had 2 pairs, whose mean age was 20.42 ± 0.41 . They did not use contraceptive methods, but they attended pregnancy control programs. Most were primiparous and had vaginal or cesarean delivery. The main complication during pregnancy was infection; during delivery the increased risk of cesarean section; postpartum infection and operative wound dehiscence and in newborns respiratory distress and sepsis There was no statistically significant association between the socioeconomic stratum and the obstetric gynecological characteristics, except for the number of prenatal checkups ($p = 0.0470$). **Conclusion:** there is no association between the socioeconomic stratum and the obstetric gynecological characteristics of the patients evaluated.

Key Words: Adolescents, Pregnancy, Epidemiological Profile

INTRODUCCIÓN

El embarazo en las adolescentes es un problema social por las graves consecuencias para el niño y la madre. Siendo la adolescencia una etapa de vida, caracterizada por cambios físicos, psicológicos, sociales y culturales; en la que las personas transitan de la inmadurez a la madurez como adultos (1). Y definida la Organización Mundial de la Salud (OMS), la define como el período de la vida donde el individuo adquiere la madurez reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y establece su independencia socioeconómica (2).

Es así como, incluye tres etapas, la pubertad o adolescencia temprana que ocurre entre los 10 y 13 años, caracterizándose por cambios físicos y temperamentales; la adolescencia media que es un tiempo de asilamiento o de íntima conexión con el grupo de pares y que transcurre entre los 14 a los 16 años. Y, por último, la adolescencia tardía, entre los 17 y los 19, donde casi no se presentan cambios físicos y aceptan la imagen corporal (3).

En tal sentido, desde el punto de vista biológico hay cambios estructurales anatómicos significativos y otros asociados a la estimulación hormonal femenina y masculina (4, 5). Por su parte, desde el punto de vista psicológico surgen los deseos de independencia y la consolidación de las cualidades necesarias para relacionarse con los compañeros de la misma edad y con el sexo opuesto (3). Asimismo, desde la perspectiva social, los adolescentes aprenden a conocerse, forman amistades e intercambian opiniones, lo que permite comenzar a definir ideas y proyectos de vida. (5).

En este orden de ideas, el embarazo en la adolescencia, obedece a una serie de causas psicológicas, sociales y culturales, con un patrón propio que se repite a lo largo de las diferentes poblaciones (6). Por tanto, existen

una serie de factores predisponentes, entre los que destacan: (a) insuficientes servicios de orientación y atención en salud del adolescente; (b) mitos acerca del uso de anticonceptivos; (c) estimulación del contexto para tener relaciones sexuales; (d) acoso sexual o violación; generadas por la influencia del alcohol y otras drogas y (e) escape de grupos familiares disfuncionales e inexistencia de un proyecto de vida (7, 8, 9,10).

Ahora bien, los embarazos en adolescentes conllevan a una serie de problemas asociadas a la propia madre o el niño (8). Así; entre las consecuencias para la madre resaltan, enfermedad hipertensiva del embarazo, sepsis urinaria, desgarros, sangrados, traumatismos obstétricos y los riesgos asociados a pre eclampsia, eclampsia, anemia y abortos (8, 11). Por su lado, en los niños el embarazo tiene una importante influencia sobre la mortalidad perinatal y la morbilidad infantil, ya que el nacimiento pre término puede generar limitaciones motoras, psíquicas, sensoriales (8). En efecto, el embarazo en la adolescencia se relaciona con probabilidades más altas de pérdida intrauterina, mortinatos y morbimortalidad infantil (12).

Es por ello, que el embarazo en las adolescentes se ha convertido en una seria preocupación para varios sectores sociales. De hecho, según cifras de la OMS (2014), unas 16 millones de adolescentes de 15 a 19 años y aproximadamente 1 millón de niñas menores de 15 años dan a luz cada año, la mayoría en países de ingresos bajos y medianos. Asimismo, las complicaciones durante el embarazo y el parto son la segunda causa de muerte entre las adolescentes de 15 a 19 años en todo el mundo. (13). Por su parte, en Venezuela, de acuerdo al I Boletín del Subcomité de Embarazo en Adolescentes, poco más de 195 mil adolescentes mujeres (10%) con edades entre los 12 y 19 años habían tenido por lo menos un hijo para la fecha del Censo 2011. Además, el 22,2% de los nacimientos anuales fueron de madres adolescentes menores de 20 años (14).

Es así como, ante la envergadura de la problemática numerosos autores se han abocado a su estudio. Así, en el año 2011 en México, se llevó a cabo un estudio titulado “Perfil Epidemiológico de las Madres Adolescentes Embarazadas, Hallazgos Obstétricos y Neonatales en el Hospital de Especialidades del Niño y La Mujer de Enero del 2008 a Diciembre del 2009”. En tal sentido, el estudio fue descriptivo, quedando la muestra conformada por 6739 adolescentes embarazadas entre 12 a 19 años de edad (5).

De los resultados destacó que, el 53,2% de las adolescentes tenían entre los 18 y 19 años, siendo la edad promedio de las parejas $21,8 \pm 4$ años. Asimismo, el 60% eran solteras, el 77,3% primigestas, el 22,7% habían tenido un embarazo previo y el periodo intergenésico promedio fue de 21,3 meses. Además, el 60% tuvieron un parto eutócico, 1,9% fue distócico, 27% por cesárea y 11,1% un aborto. La complicación más frecuente de la madre, fue la preclamsia (7,6%) y el 76% recibió en promedio 5,4 consultas prenatales. Se concluyó que las adolescentes requieren mayor apoyo anticonceptivo antes del embarazo (5).

En este mismo contexto, también en México en el año 2012 se desarrolló una investigación cuyo título fue “Perfil Obstétrico de Adolescentes Embarazadas Atendidas en un Hospital Público de la Ciudad de México”. El estudio fue descriptivo y transversal, analizando una muestra intencional de 100 adolescentes. Así, los resultados evidenciaron que 27% eran solteras, 23% correspondían a un nivel socioeconómico bajo y el 75% reportó una escolaridad de 9 años o menos. Además, el 16% tuvo amenaza de aborto, 11% de parto pre-término y el problema de salud más importante fue la infección de vías urinarias. Por tanto, se concluyó que, el número de embarazadas de 15 años o menos fue superior a la media nacional y el perfil obstétrico es mayoritariamente de mediano riesgo (1).

En este mismo orden de ideas, en el año 2014 en Cuba se realizó la investigación cuyo título fue “Caracterización Psicosocial de Adolescentes Embarazadas Atendidas en el Área de Salud de Calabazar”. El estudio fue descriptivo prospectivo y transversal, quedando la muestra conformada por 53 adolescentes embarazadas. De los resultados resaltó que, predominó el grupo de 15 a 18 años de edad con 96,2% y el 47,2% tenían el nivel educativo de secundaria básica (15).

En el caso específico de Venezuela, en el año 2012, se llevó a cabo un estudio titulado “Embarazo en la Adolescencia y Proyecto de vida. Caso: Liceos Públicos de Cumaná, Municipio Sucre, Estado Sucre Año Escolar 2010-2011”. El objetivo se enfocó en analizar las condiciones físico-psicosociales de las adolescentes embarazadas y madres adolescentes. A tal efecto, se desarrolló un estudio descriptivo apoyado en un diseño de campo. La población estuvo conformada por 43 adolescentes embarazadas y 55 madres adolescentes, aplicándose para la recolección de los datos la observación directa y un cuestionario estructurado (15).

Los resultados evidenciaron que, la edad oscilaban entre 16 a 18; el 53% y 55% estaban solteras, 35% y 20% se encontraban en unión libre de hecho, 12% y 7% respectivamente casadas; 11% de las madres estaban separadas y 7% divorciadas. Además, tuvieron su primera menstruación entre los 11 a 13 años e iniciaron vida sexual entre los 14 a 16 años. En cuanto al nivel educativo, en su mayoría cursaban el 4º año y no tenían otra preparación extraacadémica. En conclusión, las adolescentes su vida sexual tempranamente y no utilizaban métodos anticonceptivos (15).

De modo que, los resultados de este estudio evidencian la magnitud de la problemática. Ante esta situación, en el año 2011 la OMS publicó unas

directrices sobre la prevención de los embarazos precoces que se enfocan en: (a) reducir el número de matrimonios antes de los 18 años; (b) aumentar el uso de anticonceptivos; (c) disminuir los abortos peligrosos entre las adolescentes y (d) incrementar el uso de servicios especializados de atención prenatal, en el parto y posnatal por parte de las adolescentes (13). Por su parte, en Venezuela, el gobierno nacional aprobó una serie de medidas, centradas en garantizar la educación formal e informal de los adolescentes (14). No obstante, estas iniciativas no han tenido el éxito esperado, debido a la falta de coordinación interinstitucional y a la insuficiencia de servicios de orientación y atención en salud del adolescente.

Es así como, esta situación se refleja en el Hospital de Niños Doctor Jorge Lizarraga, ubicado en la Ciudad Hospitalaria Doctor Enrique Tejera; ya que se ha venido observando un incremento del número de embarazos a edades más temprana; aunado a un mayor número de complicaciones y una disminución del periodo intergenésico. Cabe resaltar que, el personal carece de información epidemiológica actualizada y contextualizada que le permita un mejor manejo a nivel preventivo y de seguimiento una vez que ocurre el parto. Así, el protocolo establecido se basa en los lineamientos emanados de las autoridades sanitarias y la experiencia del personal que allí labora.

Es por ello que, surge la siguiente interrogante de investigación ¿Cual es el perfil epidemiológico de las madres adolescentes referidas a la consulta para adolescentes del Hospital de Niños Doctor Jorge Lizarraga durante el periodo Abril- Diciembre 2016?. Por tanto, esta investigación aporta datos significativos desde el punto de vista social, epidemiológico y económico. En efecto, se dispondrá de una información contextualizada de las características socio económicas y gineco obstétricas de las adolescentes; información que permitirá canalizar los programas de prevención y control.

Objetivo General

Caracterizar el perfil epidemiológico de las madres adolescentes referidas a la consulta para adolescentes del Hospital de Niños Doctor Jorge Lizarraga durante el periodo Abril- Diciembre 2016.

Objetivos Específicos

Determinar las características socio económicas de las madres adolescentes referidas a la consulta para adolescentes del Hospital de Niños Doctor Jorge Lizarraga durante el periodo Abril- Diciembre 2016.

Establecer las características gineco obstétricas de las madres adolescentes referidas a la consulta para adolescentes del Hospital de Niños Doctor Jorge Lizarraga durante el periodo Abril - Diciembre 2016.

Relacionar las características socio económicas y gineco obstétricas de las madres adolescentes referidas a la consulta de adolescentes del Hospital de Niños Doctor Jorge Lizarraga durante el periodo Abril- Diciembre 2016.

MATERIAL Y METODOS.

Tomando en cuenta el alcance de los objetivos propuestos el estudio es de tipo descriptivo, ya que se detallaron las características socio económicas y gineco obstétricas de las madres adolescentes, así como la relación entre estas variables (16). Por su parte, según la forma de recopilar los datos, el estudio es de campo, ya que la recolección de los datos se realizó directamente de la información suministrada por las madres adolescentes (17). Por último, el diseño es no experimental y transversal, ya que los datos se recopilaron sin someterlos a manipulación alguna y en un solo momento, Abril a Diciembre de 2016.

Ahora bien, la población estuvo conformada por todas las madres adolescentes referidas a la consulta para adolescentes del Hospital de Niños Doctor Jorge Lizarraga durante el periodo Abril- Diciembre 2016. Por su lado, para la selección de la muestra se aplicó el muestreo no probabilístico intencional u opinático, por lo que quedó constituida por los mismos integrantes de la población que cumplieron con los siguientes criterios de inclusión, rango etario de 11 a 19 años, haber tenido por lo menos un hijo y aceptar participar voluntariamente en el estudio.

Para la recolección de los datos se aplicó como técnica la encuesta y para el registro de la información se utilizó un cuestionario conformado por interrogantes abiertas y cerradas con opciones de respuesta dicotómicas y múltiples (18). Cabe destacar que, este cuestionario fue diseñado por la autora de la investigación y fue validado a través del juicio de experto.

Igualmente, se aplicó el instrumento estandarizado del método de Graffar modificado para Venezuela por Méndez-Castellano; Por ende para valorar la variable características socio económicas, se utilizaron los indicadores edad, nivel de escolaridad, estado civil, procedencia, profesión del jefe de la familia, nivel de instrucción de la madre, principal fuente de ingreso de la familia y condiciones de la vivienda.

Asimismo, para evaluar la variable características gineco obstétricas se aplicaron los indicadores fecha de menarquía y de sexarquía, número de embarazos, métodos anticonceptivos, control de embarazo, tipo de parto, complicaciones y periodo intergenésico.

Los datos fueron analizados aplicando la estadística descriptiva invariada a través del procesador estadístico SPSS versión 19.0, presentándose los resultados en tablas de distribución de frecuencias.

Además, las variables cuantitativas continuas se analizaron a través de promedios \pm error estándar, desviación típica y los valores mínimo, máximo y para establecer la relación entre las variables, se aplicó la Prueba Exacta de Fisher y el Chi Cuadrado.

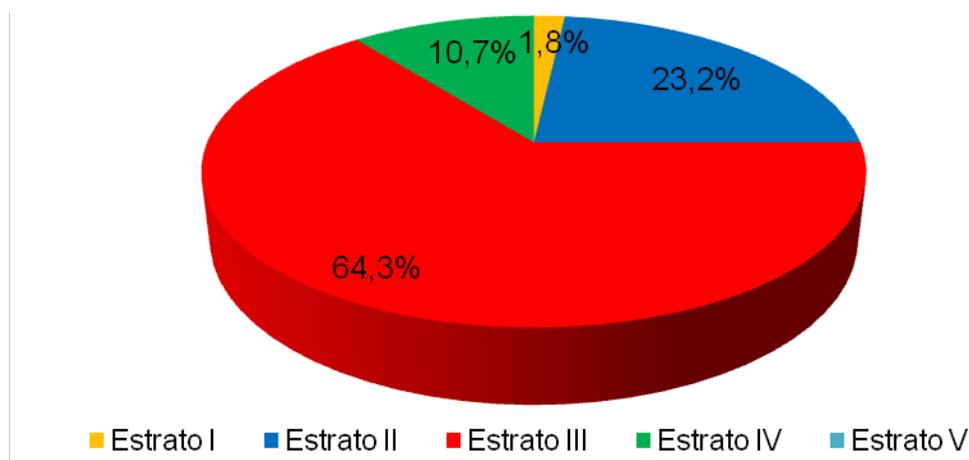
RESULTADOS

A continuación se muestran los resultados de la variable características sociales. Así, la edad promedio de las madres adolescentes es $16,5 \pm 0,17$, reportándose una desvinculación estándar de 1,250 y un valor mínimo de 14 y uno máximo de 18. Por tanto, se ubican mayoritariamente en la adolescencia tardía.

Por su lado, el estado civil se distribuye entre las opciones soltera, concubina y casada, reportándose el mayor porcentaje en soltera y concubina con 20(35,7%); mientras que 15 (26,8%) son casadas. De igual forma, mayoritariamente el nivel de instrucción es secundaria incompleta 32 (57,1%), seguido por secundaria completa 10 (17,8%).

Los resultados condiciones socioeconómicas se sintetizan en el Gráfico 1.

Gráfico 1. Distribución porcentual del estrato socio económico del grupo familiar de las madres adolescentes referidas a la consulta para adolescentes del Hospital de Niños Doctor Jorge Lizarraga. Periodo Abril-Diciembre 2016



Fuente: Datos propios de la investigación (Quintana; 2016)

Al clasificar a las madres adolescentes según las condiciones socio-económicas, resaltó que en su mayoría se ubicaron en el estrato socio-económico III con 64,3%, secundado por el estrato II 23,2%.

A continuación se presentan los resultados de las características gineco-obstétricas.

Tabla 1. Datos descriptivos de los indicadores fecha de menarquía y sexarquía, número y edad de parejas y embarazos de las madres adolescentes referidas a la consulta para adolescentes del Hospital de Niños Doctor Jorge Lizarraga. Periodo Abril-Diciembre 2016

| Parámetro (n=56) | $\bar{x} \pm ES$ | Desviación n Estándar | Valor Mínimo | Valor Máximo |
|---------------------|------------------|-----------------------------|-----------------|-----------------|
| Menarquía | 11,64±0,18 | 1,381 | 8 | 15 |
| Sexarquía | 14,12±0,16 | 1,192 | 12 | 17 |
| Número de Parejas | 1,67±0,08 | 0,779 | 1 | 3 |
| Edad de Parejas | 20,42±0,41 | 2,940 | 15 | 26 |
| Número de Embarazos | 1,36±0,06 | 0,483 | 1 | 2 |

Fuente: Datos propios de la investigación (Quintana; 2016)

Es así como, la edad promedio de la menarquía fue de 11,64±0,18, con un valor mínimo de 8 y uno máximo de 15; mientras que la edad de la sexarquía se ubicó en 14,12±0,16, con un valor mínimo de 12 y uno máximo de 17. Las madres adolescentes tuvieron entre 1 y 3 parejas, con un valor promedio de 1,67±0,08, siendo la edad de dichas parejas de 20,42±0,41 con un rango de 15 a 26 años. Además, tuvieron entre 1 y 2 embarazos, reportándose un valor promedio de 1,36±0,06.

Tabla 2. Distribución de frecuencias del uso y tipo de métodos de control de embarazo de las madres adolescentes referidas a la consulta para adolescentes del Hospital de Niños Doctor Jorge Lizarraga. Periodo Abril-Diciembre 2016

| USO DE ANTICONCEPTIVOS | | F | % |
|---------------------------------|---------------------------|----|-------|
| 1 | Si | 22 | 39,29 |
| 2 | No | 34 | 60,71 |
| Total | | 56 | 100,0 |
| TIPO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS | | F | % |
| 1 | Pastillas Anticonceptivas | 15 | 68,18 |
| 2 | Preservativo | 3 | 13,64 |
| 3 | Coitus Interruptus | 4 | 18,18 |
| Total | | 22 | 100 |

Fuente: Datos propios de la investigación (Quintana; 2016)

Así, el 60,71% no usa métodos anticonceptivos; mientras que el más frecuente entre las 22 que si los usan, fue las pastillas anticonceptivas (68,18%). Además, el 91,07%, asistieron a programas de control de embarazo, acudiendo en promedio a $6,22 \pm 0,23$ consultas.

Tabla 3. Distribución de frecuencias del tipo de alumbramiento de las madres adolescentes referidas a la consulta para adolescentes del Hospital de Niños Doctor Jorge Lizarraga. Periodo Abril-Diciembre 2016

| TIPO DE ALUMBRAMIENTO | | F | % |
|-----------------------|---------------|----|------|
| 1 | Parto Vaginal | 28 | 50,0 |
| 2 | Cesárea | 28 | 50,0 |
| Total | | 56 | 100 |

Fuente: Datos propios de la investigación (Quintana; 2016)

Es así como, el tipo de alumbramiento se distribuyó equitativamente entre parto vaginal y cesárea con 28 (50,0%) de los casos.

Tabla 4. . Distribución de frecuencias de las complicaciones durante el embarazo en las madres adolescentes referidas a la consulta para adolescentes del Hospital de Niños Doctor Jorge Lizarraga. Periodo Abril-Diciembre 2016

| PRESENCIA DE COMPLICACIONES DURANTE EL EMBARAZO | | F | % |
|--|-------|----------|----------|
| 1 | Si | 45 | 80,4 |
| 2 | No | 11 | 19,6 |
| | Total | 56 | 100,0 |

| TIPO DE COMPLICACIONES DURANTE EL EMBARAZO | | F | % |
|---|---------------------------------------|----------|----------|
| 1 | Hipertensión Inducida por el Embarazo | 9 | 20,0 |
| 2 | Preeclampsia | 7 | 15,6 |
| 3 | Infección Urinaria | 17 | 37,7 |
| 4 | Diabetes Gestacional | 3 | 6,7 |
| 5 | Anemia | 9 | 20,0 |
| | Total | 45 | 100,00 |

Fuente: Datos propios de la investigación (Quintana; 2016)

En la Tabla 4 se muestra que la mayoría de las adolescentes sufrieron complicaciones durante el embarazo 45 (80,4%), siendo las más frecuentes las infecciones urinarias (37,7%).

Las complicaciones durante y después del parto se presentan en la Tabla 5. De las 56 adolescentes embarazadas evaluadas, 36 sufrió complicaciones durante el parto (64,29%), siendo las más frecuente el mayor riesgo de cesárea 24 (66,67%).

Además, 17 (30,36%) sufrieron complicaciones después del parto, resaltando la infección y dehiscencia de la herida operatoria 12 (70,59%) como las más frecuente.

Tabla 5. Distribución de frecuencias de las complicaciones durante y después del parto de las madres adolescentes referidas a la consulta para adolescentes del Hospital de Niños Doctor Jorge Lizarraga. Periodo Abril-Diciembre 2016

| PRESENCIA DE COMPLICACIONES EN EL PARTO | | F | % |
|--|---|-----------|--------------|
| 1 | Si | 36 | 64,29 |
| 2 | No | 20 | 35,71 |
| Total | | 56 | 100,0 |
| TIPO DE COMPLICACIONES EN EL PARTO | | F | % |
| 1 | Mayor riesgo de cesárea | 24 | 66,67 |
| 2 | Parto prolongado | 7 | 19,44 |
| 3 | Desgarros en el perineo | 4 | 11,11 |
| 4 | Dificultades con la anestesia | 1 | 2,68 |
| Total | | 36 | 100 |
| PRESENCIA DE COMPLICACIONES DESPUES PARTO | | | |
| | Si | 17 | 30,36 |
| | No | 38 | 69,64 |
| Total | | 56 | 100,0 |
| TIPO DE COMPLICACIONES DESPUES DEL PARTO | | | |
| 1 | Hemorragia post-parto | 5 | 29,41 |
| 2 | Infección y dehiscencia de la herida operatoria | 12 | 70,59 |
| TOTAL | | 17 | 100,0 |

Fuente: Datos propios de la investigación (Quintana; 2016)

Por último, se presentan los resultados de las complicaciones del recién nacido. Es así como, en el 75,0% de los casos los recién nacidos de las madres adolescentes presentaron complicaciones, destacando como las más frecuentes la dificultad respiratoria 18 (42,86%) y la sépsis 13 (30,95%).

Finalmente, la media del periodo intergenesico fue de $19,85 \pm 1,88$ meses con un valor mínimo de 10 y uno máximo de 36. Asimismo, el mayor porcentaje se ubicó en el rango de 13 a 24 meses (66,67%)

Tabla 6. Distribución de frecuencias de las complicaciones del recién nacido de las madres adolescentes referidas a la consulta para adolescentes del Hospital de Niños Doctor Jorge Lizarraga. Periodo Abril-Diciembre 2016

| PRESENCIA DE COMPLICACIONES DEL RECIEN NACIDO | | F | % |
|---|----|-----------|--------------|
| 1 | Si | 42 | 75,00 |
| 2 | No | 14 | 25,00 |
| Total | | 56 | 100,0 |

| TIPO DE COMPLICACIONES DEL RECIEN NACIDO | | F | % |
|--|--|-----------|------------|
| 1 | Hidrocefalia | 2 | 4,76 |
| 2 | Lesiones fetales durante el parto o la cesárea | 1 | 2,39 |
| 3 | Dificultades respiratoria | 18 | 42,86 |
| 4 | Sépsis | 13 | 30,95 |
| 5 | Microcefalia | 2 | 4,76 |
| 6 | Trastornos Metabólicos | 6 | 14,28 |
| Total | | 42 | 100 |

Fuente: Datos propios de la investigación (Quintana; 2016)

Seguidamente, se presentan los datos de la asociación de la características socio económicas y gineco obstétricas.

Tabla 7. Prueba exacta de Fisher para relacionar las características gineco obstétricas y el estrato socio económico de las madres adolescentes referidas a la consulta para adolescentes del Hospital de Niños Doctor Jorge Lizarraga. Periodo Abril-Diciembre 2016

| VARIABLE | ESTRATOS | | | Fisher (p) |
|-------------------------|----------|--------|-------|------------|
| | I-II | III-IV | Total | |
| EDAD (Años) | | | | |
| 14 | 0 | 6 | 6 | 0,3195 |
| 15 o más | 14 | 36 | 50 | |
| Total | 14 | 42 | 56 | |
| MENARQUÍA (Años) | | | | |
| Hasta 12 | 11 | 32 | 43 | 1,000 |
| 13 o más | 3 | 10 | 13 | |
| Total | 14 | 42 | 56 | |
| SEXARQUIA (Años) | | | | |

| VARIABLE | ESTRATOS | | | Fisher (p) |
|---|----------|--------|-------|------------|
| | I-II | III-IV | Total | |
| Hasta 14 | 9 | 31 | 40 | 0,7342 |
| 15 o más | 5 | 11 | 16 | |
| Total | 14 | 42 | 56 | |
| EDAD DE LA PAREJA (Años) | | | | |
| Hasta 18 | 5 | 10 | 15 | 0,4830 |
| 19 o más | 8 | 29 | 37 | |
| Total | 13 | 39 | 52 | |
| PROGRAMA DE CONTROL | | | | |
| Si | 14 | 37 | 51 | 0,3163 |
| No | 0 | 5 | 5 | |
| Total | 14 | 42 | 56 | |
| COMPLICACIONES EMBARAZO | | | | |
| Si | 10 | 35 | 45 | 0,4390 |
| No | 4 | 7 | 11 | |
| Total | 14 | 42 | 56 | |
| COMPLICACIONES DESPUÉS DEL PARTO | | | | |
| Si | 3 | 14 | 17 | 0,5134 |
| No | 11 | 28 | 39 | |
| Total | 14 | 42 | 56 | |
| COMPLICACIONES RECIÉN NACIDO | | | | |
| Si | 3 | 14 | 17 | 0,5134 |
| No | 11 | 28 | 39 | |
| Total | 14 | 42 | 56 | |

Fuente: Datos propios de la investigación (Quintana; 2016)

Es así como, se observa en la Tabla 7 que no existe asociación estadísticamente significativa al 95% de confianza, entre el estrato socio económico y la edad de las adolescentes y sus parejas, la fecha de menarquía y sexarquia, la asistencia a programas de control del embarazo, así como, las complicaciones durante el embarazo, después del parto y el feto o recién nacido.

Tabla 8. Prueba de chi cuadrado para relacionar las características gineco obstétricas y el estrato socio económico de las madres adolescentes referidas a la consulta para adolescentes del Hospital de Niños Doctor Jorge Lizarraga. Periodo Abril-Diciembre 2016

| VARIABLE | ESTRATOS | | | Fisher (p) |
|-----------------------------|----------|--------|-------|------------|
| | I-II | III-IV | Total | |
| NUMERO DE PAREJAS | | | | |
| 1 | 5 | 25 | 30 | 0,8258 |
| 2 | 9 | 11 | 20 | |
| Total | 14 | 36 | 50 | |
| NÚMERO DE EMBARAZOS | | | | |
| 1 | 10 | 26 | 36 | 0,5195 |
| 2 | 4 | 16 | 20 | |
| Total | 14 | 42 | 56 | |
| ANTICONCEPTIVOS | | | | |
| Si | 7 | 15 | 22 | 0,3432 |
| No | 7 | 27 | 34 | |
| Total | 14 | 42 | 56 | |
| NUMERO DE CONSULTAS | | | | |
| Hasta 6 | 4 | 25 | 29 | *0,0470 |
| 7 o más | 8 | 13 | 21 | |
| Total | 12 | 38 | 50 | |
| TIPO DE PARTO | | | | |
| Cesárea | 4 | 24 | 28 | 0,0641 |
| Parto | 10 | 18 | 28 | |
| Total | 14 | 42 | 56 | |
| COMPLICACIONES PARTO | | | | |
| Si | 8 | 28 | 36 | 0,5195 |
| No | 6 | 14 | 20 | |
| Total | 14 | 42 | 56 | |
| Total | 14 | 42 | 56 | |

Fuente: Datos propios de la investigación (Quintan, 2016)

*p <0,05 estadísticamente significativo.

De tal forma, que al aplicar el chi cuadrado se observa que no existe asociación entre el estrato socio económico y los indicadores número de parejas y embarazos, uso de métodos anticonceptivos, tipo de parto y complicaciones durante el parto. No obstante, si se presentó asociación

estadísticamente significativa al 95% de confianza entre el estrato socioeconómico y el número de consultas de control prenatal. $p=0,0470$.

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

De los resultados de las características gineco obstétricas de las adolescentes resaltó que, el valor promedio de la edad fue de $16,5\pm 0,17$, concentrándose el mayor porcentaje de adolescentes entre 16 a 18 años que corresponde a la adolescencia tardía. Así, estos hallazgos son coincidentes con los reportes de Tapia, Jiménez y Pérez (2012), quienes evidenciaron que la mayoría de las adolescentes tuvieron entre 15 a 19 años; al igual que con los de Guridi y col (2014) que detectó que el rango etario mayoritario de las adolescentes estudiadas fue de 15 a 18 años de edad. Igualmente, concuerdan con el trabajo a nivel nacional realizado por Acosta y Gastelo (2016), que reportaron un rango entre 16 a 18 años (1, 12, 15).

No obstante, difieren de los resultados reportados por Sánchez (2011), quien evidenció un valor promedio superior $21,8\pm 4$, resaltando, además, que la mayoría de las adolescentes presentaron entre 18 y 19 años, rango superior al reportado en la presente investigación que fue de 14 y 18 años (5). Por tanto, estos resultados se adaptan a la cifras reportadas por la OMS (2014), que señala que unas 16 millones de adolescentes de 15 a 19 años dan a luz cada año (13).

Por otra parte, en lo que respecta al estado civil y nivel de escolaridad destaca que las adolescentes, en su mayoría, son solteras y concubinas con 20(35,7%) y tienen un nivel de instrucción de secundaria incompleta 32 (57,1%). Estos datos concuerdan parcialmente con los reportes de Sánchez (2011), de Tapia, Jiménez y Pérez (2012) y Acosta y Gastelo (2016),

quienes constataron que las madres adolescentes en el 60%, 27,0% y 55,0% de los casos respectivamente era solteras (1,5,12).

Igualmente, son congruentes con los hallazgos de Tapia, Jiménez y Pérez (2012) y Guridi y col (2014), quienes reportaron que las adolescentes tenían un nivel de instrucción de secundaria básica, con porcentajes del 27,0% y 47,2% respectivamente (1,15). En consecuencia, es evidente que, el embarazo en las adolescentes evaluadas se produce en las etapas de adolescencia tardía, lo que aún y cuando sigue representando un problema de gran importancia social, evidencia que no se ha agudizado el problema en cuanto al incremento del número de embarazos en etapas más precoces.

En otro orden de ideas, en cuanto a la variable características socio económicas, la mayoría de las adolescentes se situaron en el estrato socio económico III con 64,3%. Por tanto, la mayoría de las adolescentes evaluadas pertenecen a un estrato socio económico con posibilidades de satisfacer las necesidades básicas y el desarrollo intelectual, además de tener capacidades para disfrutar de beneficios culturales.

Adicionalmente, la edad promedio de la menarquía fue de $11,64 \pm 0,18$, mientras que la de la sexarquía se ubicó en $14,12 \pm 0,16$. De modo que, el mayor porcentaje de adolescentes se situó en el rango de 10-12 años para la menarquía y de 13-15 años para la sexarquía, en otras palabras, en la adolescencia media. Así, estos valores son coincidentes con los resultados de Acosta y Gastelo (2016), quienes en su estudio llevado a cabo en Cumana evidenciaron que la mayoría de las adolescentes tuvieron la menarquía entre los 11 a 13 años y la sexarquía entre los 14 y 16 años (12).

De tal modo que, llama la atención la poca diferencia que se presentó entre las edades de menarquía y sexarquía, evidenciando, fallas en los

programas educativos de prevención. En tal sentido, es importante destacar que, el inicio de las relaciones sexuales en adolescentes debe ser una decisión responsable e informada (9).

Adicionalmente, las madres adolescentes tuvieron entre 1 y 3 parejas, con un valor promedio de $1,67 \pm 0,08$, ubicándose mayoritariamente, 31 (56,36%), en la opción de 2 parejas. Asimismo, la edad de dichas parejas fue de $20,42 \pm 0,41$ con un rango de 15 a 26 años. Además, tuvieron entre 1 y 2 embarazos, reportándose un valor promedio de $1,36 \pm 0,06$ y de hecho, 36 (64,29%) tuvieron un solo embarazo. Por tanto, son coincidentes con los resultados de Sánchez (2011), quien reportó un valor promedio de la edad de las parejas de $21,8 \pm 4$ años y el 77,3% eran primigestas (5).

En relación a estos datos es preciso realizar varios comentarios, en primer lugar, llama la atención que, a pesar de la corta edad de las adolescentes, para el momento del estudio ya habían tenido 2 parejas. Cabe apuntar que, el embarazo con frecuencia compromete a los jóvenes a uniones forzadas, que aunado a la inmadurez, conlleva a relaciones débiles de pareja (3,7). Al mismo tiempo, resalta la edad de las parejas, que corresponde a adultos jóvenes, los cuales teóricamente deberían tener una mayor formación en el plano preventivo.

Ahora bien, en referencia a los métodos de prevención y control del embarazo, la mayoría, (60,71%) no usa métodos anticonceptivos y en el caso de las 39,29% que si las usan, el método más frecuente fue las pastillas anticonceptivas 15 (68,18%). No obstante, el 91,07% asistieron a programas de control de embarazo participando en $6,22 \pm 0,23$ consultas, variando el rango entre 2 y 9. En efecto, el 96% de los casos asistieron a entre 4 y 6 consultas; 52,94% y 43,14% a 7 o más.

Estos datos son ligeramente superiores a los reportados por Sánchez (2011), quien detectó que el 76% de las adolescentes evaluadas recibió en promedio 5,4 consultas (5). Es así como, un aspecto alarmante es el bajo porcentaje de adolescentes que usan los métodos anticonceptivos; sin embargo, resulta favorable que, una vez ocurrido el embarazo, existe conciencia sobre la necesidad de asistir a programas de control del embarazo.

Además, el tipo de alumbramiento fue parto vaginal y cesárea en la misma proporción, siendo la complicación más frecuentes las infecciones urinarias. En cuanto a estos resultados se debe acotar que, las complicaciones sufridas por las embarazadas evaluadas en el presente estudio, no conllevan, en la mayoría de los casos, a poner en riesgo la vida de la madre o el feto, hecho que pudiera deberse a que durante el embarazo estuvieron sometidas a controles médicos periódicos.

En tal sentido, estos resultados difieren de los de Sánchez (2011), quien evidenció que la mayoría de las pacientes (60%) tuvieron un parto normal, seguido por cesárea (27,0%) y, además, la complicación más frecuente durante el embarazo fue la pre-eclampsia con 7,6% (5). Igualmente, discrepan del reporte de Tapia, Jiménez y Pérez (2012), que detectaron que el tipo de parto más frecuente fue el parto pre término (11,0%) y la principal complicación fue la amenaza de aborto (16,0%) y la infección de vías urinarias (1).

Por otro lado, en lo que respecta a las complicaciones durante el parto, de las 56 adolescentes embarazadas evaluadas, 36, es decir, el 64,29% sufrió complicaciones durante el parto, siendo las más frecuente el mayor riesgo de cesárea 24 (66,67%). Además, 17 (30,36%) sufrieron

complicaciones después del parto, resaltando la infección y dehiscencia de la herida operatoria 12 (70,59%) como las más frecuentes.

Al mismo tiempo, en el 75,0% de los casos los recién nacidos de las madres adolescentes presentaron complicaciones, destacando como las más frecuentes la dificultad respiratoria y la sepsis. Estos hallazgos discrepan de los resultados arrojados por el estudio de Sánchez (2011), quien detectó que la complicación más frecuente fue el bajo peso en un 11,7% de los casos y la prematurez en el 8% de los casos (5).

Por último, la media del periodo intergenesico fue de $19,85 \pm 1,88$ meses con un valor mínimo de 10 y uno máximo de 36, ubicándose el mayor porcentaje en el rango de 13 a 24 meses (66,67%). Destaca que, este valor promedio fue ligeramente más bajo que el reportado por Sánchez (2011), que fue de 21,3 meses (5). Por ende, este periodo es bastante limitado, lo que pareciera indicar que, una vez concluido el embarazo, las adolescentes no se someten a programas de control, bien sea por falta de seguimiento de las instituciones sanitarias o desinterés de las pacientes por participar en programas de prevención del embarazo.

Finalmente, al asociar las dos variables estudiadas se pudo observar que no se reportó asociación estadísticamente significativa al 95% de confianza, entre el estrato socio económico y la edad de las adolescentes y sus parejas, la fecha de menarquía y sexarquia, el número de parejas y embarazos, el uso de métodos anticonceptivos, la asistencia a programas de control del embarazo, el tipo de parto y las complicaciones durante el embarazo, parto, después del parto y el feto o recién nacido. El único caso donde se presentó asociación estadísticamente significativa al 95% de confianza fue entre el estrato socioeconómico y el número de consultas de control prenatal. $p=0,0470$.

Por ende, estos hallazgos se contraponen con los señalamientos que indican que existe una asociación entre el nivel socioeconómico y los embarazos en adolescentes (7). No obstante, en el caso específico del presente estudio se debe recordar que, las adolescentes evaluadas se situaron en el estrato socio económico III.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

A continuación se sintetizan las conclusiones generadas luego del análisis y discusión de los resultados obtenidos en el presente estudio. Por tanto, en lo referente a las características socio económicas, las adolescentes embarazadas se ubicaron en la etapa de adolescencia tardía, con un valor promedio de edad de $16,5 \pm 0,17$ años. Asimismo, en un mayoría, eran solteras o concubinas, con un nivel de instrucción de secundaria incompleta. Además, la mayoría de las adolescentes se situaron en el estrato socio económico III.

En relación a las características gineco obstétricas la edad promedio de la menarquía fue de $11,64 \pm 0,18$, mientras que la de la sexarquía se ubicó en $14,12 \pm 0,16$; refieren haber tenido entre 1 y 3 parejas, destacando que la mayoría tuvo 2 parejas, cuyo promedio de edad fue de $20,42 \pm 0,41$ con un rango de 15 a 26 años.

Las adolescentes evaluadas tuvieron entre 1 y 2 embarazos, pero en su mayoría eran primíparas. La mayoría no usaban métodos anticonceptivos, pero entre las que lo utilizaban, el más frecuente fue las pastillas anticonceptivas; sin embargo, sí asistieron a programas de control de embarazo, participando en promedio en $6,22 \pm 0,23$ consultas.

La complicación más frecuente la infección asociada, el 64,29% sufrió complicaciones durante el parto, reportándose como primera complicación el mayor riesgo de cesárea; mientras que el 30,36% tuvieron complicaciones después del parto, resaltando la infección y dehiscencia de la herida operatoria como la primera opción. En el 75,0% de los casos en que los fetos o recién nacidos presentaron complicaciones, la dificultad respiratoria y la sépsis fueron las más frecuentes. La media del periodo intergenésico fue de $19,85 \pm 1,88$ meses ubicándose el mayor porcentaje (66,67%) en el rango de 13 a 24 meses.

Al asociar las dos variables estudiadas se concluye que no existe asociación estadísticamente significativa, entre el estrato socio económico y las características gineco obstétricas, a excepción del número de consultas de control prenatal, donde se reportó una diferencia estadísticamente significativa $p=0.0470$.

Recomendaciones

Así, de manera preliminar, es recomendable realizar discusiones grupales con el personal de la consulta para adolescentes del Hospital de Niños Doctor Jorge Lizarraga, con el propósito de comunicar los resultados del estudio. Por tanto, estas jornadas de discusión permitirán, por una parte, identificar aquellas variables que, como consecuencia de los resultados del presente estudio, ameriten ser evaluadas a través de investigaciones futuras, para profundizar en la evaluación de este grupo de adolescentes. Por otra parte, de las jornadas de investigación podrán surgir iniciativas centradas en ampliar esta línea de investigación, en aras de contar con una base de datos que permita caracterizar el perfil epidemiológico de las pacientes del servicio.

En tal sentido, entre esas acciones resalta, la realización de un seguimiento de las pacientes evaluadas en la presente investigación, a objeto de determinar el nivel de participación en los programas de prevención de embarazo, experiencia que permitirá contar con insumos concretos para generar medidas que permitan aplicar programas efectivos de seguimiento de las adolescentes. De igual forma, es necesario adelantar iniciativas que permitan crear un área específica en el departamento para el fomento de la prevención del embarazo y el control del mismo, enfatizando en los aspectos educativos. Y, finalmente, hacer del conocimiento de las autoridades del centro hospitalario, los resultados del presente estudio, con la finalidad que se tomen las medidas pertinentes para contribuir a disminuir la prevalencia de los embarazos en adolescentes

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Tapia, Hugo, Jiménez, Araceli y Pérez Iñiga. Perfil obstétrico de adolescentes embarazadas atendidas en un Hospital Público de la Ciudad de México. *Enfermería Universitaria ENEO-UNAM*. [en línea]. 2012; 9, (3): 7-14. [Consulta: 2016, Enero 08]. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632012000300002
2. Organización Panamericana de la Salud (OPS) y Organización Mundial de la Salud (OMS). Plan de acción de desarrollo y salud de adolescentes y jóvenes en las Américas. Caracas. Venezuela. 1998.
3. Andrade, María Italia. Experiencias de las adolescentes en relación a su primer embarazo y embarazo subsecuente; factores condicionantes y sus consecuencias en mujeres de 15 a 19 años que son atendidas en el S.C.S PUENGASÍ/1 en el año 2009. Tesis de Grado de Maestría. Universidad Andina Simón Bolívar. Quito. 2009. [Consulta: 2016, Enero 25]. Disponible en: <http://repositorio.uasb.edu.ec/bitstream/10644/2969/1/T0846-MA-Andrade-Experiencias%20de%20las%20adolescentes.pdf>
4. Martínez, Daniel y col. Intervención de enfermería en la adolescencia: experiencia en una institución de estudios secundarios. *Rev. Actual en Costa Rica*. [en línea]. 2013; 24: 113. [Consulta: 2016, Enero 09]. Disponible en: <http://www.revenf.ucr.ac.cr/saludpublica.pdf>
5. Sánchez, León. Perfil epidemiológico de las madres adolescentes embarazadas, hallazgos obstétricos y neonatales en el Hospital de Especialidades del Niño y la Mujeres de Enero del 2008 a Enero del 2009. Tesis de Grado de Maestría. Universidad de Queratano. México. (2011). [Consulta: 2016, Enero 17]. Disponible en: <http://ri.uaq.mx/bitstream/123456789/758/1/RI000348.pdf>
6. Echeverry, Carlos y Grajales, Cesar. Características psicosociales de las madres adolescentes en tres instituciones de salud de Manizales durante Febrero a Julio de 2003. [en línea]. 2004. [Consulta: 2016, Enero 22]. Disponible en: <http://telesalud.ucaldas.edu.co/telesalud/Sitio%20Web%20ObGyn/Proyecto%20Investigacion%20madre%20adolescente.htm>

7. Jiménez, Aída Aleyda y col. Beneficios y barreras percibidos por las adolescentes embarazadas en el control prenatal. CIENCIA UANL [en línea]. 2012; 15 (57) [Consulta: 2016, Enero 20]. Disponible en: dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/3835335.pdf
8. Manrique, Riscarle y col. Parto pretérmino en adolescentes. Rev. Obstet Ginecol Venez [en línea]. 2008; (3): 141-143. [Consulta: 2016, Enero 12]. Disponible en: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0048-77322008000300002&lng=es&nrm=iso
9. Asociación Venezolana para una Educación Sexual Alternativa (AVESA), Acción Ciudadana Contra el Sida (ACCSI) y-Aliadas en Cadena. Los derechos y la salud sexual y reproductiva en Venezuela: Tomo 2 Embarazo adolescente; 2015. [Consulta: 2016, Enero 12]. Disponible en: aliadasencadena.org/publicaciones/
10. Instituto Nacional de Estadística. Gerencia General de Estadísticas Demográficas. Boletín demográfico Maternidad adolescente: una mirada sociodemográfica. 2014. [Consulta: 2016, Enero 12]. Disponible en: http://www.ine.gov.ve/documentos/Boletines_Electronicos/Estadisticas_Demograficas/Boletin_Demografico/pdf/embarazo_adolescente.pdf
11. Serrano, Dajhana Carolina y Rodríguez, Nardys María. Embarazo en adolescentes. Hospital “Dr. Raúl Leoni Otero”. San Félix. Edo. Bolívar 2003– 2007. Tesis de Grado. Universidad de Oriente. Ciudad Bolívar. 2008. [consulta el 26 de Enero de 2016]. Disponible en: <http://ri.bib.udo.edu.ve/bitstream/123456789/52/1/TESIS-Medicina-SGyRA.pdf>
12. Acosta, Daniela y Gastelo, Rebeca. Embarazo en la adolescencia y proyecto de vida. Caso: Liceos Públicos de Cumaná, Municipio Sucre, Estado Sucre. Tesis de Grado. Universidad de Oriente. Cumana. 2012. [Consulta: 2016, Enero 15]. Disponible en: http://ri.biblioteca.udo.edu.ve/bitstream/123456789/2327/1/TESIS_DaYRG%20%282%29.pdf
13. Organización Mundial de la Salud. (OMS). El embarazo en la adolescencia Nota descriptiva N° 364. 2014. [Consulta: 2016, Enero 12]. Disponible en: www.who.int/mediacentre/factsheets/fs364/es/

14. Sub Comité de Embarazo en Adolescentes. I Boletín. (2014). [Consulta: 2016, Enero 11]. Disponible en: http://www.ine.gov.ve/documentos/SEN/menuSEN/pdf/subcomitedemografica/Documentos2014/Boletin_de_Estadisticas_de_Embarazo_en_Adolescente_2014.pdf
15. Guridi, María Zayda y col. Caracterización psicosocial de adolescentes embarazadas atendidas en el área de salud de Calabazar. Psicología de la Salud y en Enfermedades Crónicas. [en línea]. 2015; 17. [Consulta: 2016, Enero 19]. Disponible en: <http://www.psicologiacientifica.com/caracterizacion-psicosocial-adolescentes-embarazadas/>
16. Hernández; Roberto; Fernández, Carlos y Batista, Pilar. Metodología de la investigación 2da Ed. México: Mc Graw Hill Interamericana. 2006.
17. Arias, Frida. El Proyecto de investigación: Introducción a la metodología científica (5ta ed.). Caracas: Episteme, C.A; 2006.
18. Ramírez, Tulio. Cómo hacer un proyecto de investigación. Caracas: Panapo. 2010.

**ANEXO A
INSTRUMENTO**

| Características Sociales | | | | |
|--|--|---------------------------------------|---|---------------------------------------|
| 1. Edad: | | | | |
| 2. Estado Civil: | | | | |
| Soltero(a) <input type="checkbox"/> | | Casado(a) <input type="checkbox"/> | | Viudo (a) <input type="checkbox"/> |
| Divorciado(a) <input type="checkbox"/> | | Concubino(a) <input type="checkbox"/> | | Compañero(a) <input type="checkbox"/> |
| 3. Escolaridad | | | | |
| Analfabeta | Si <input type="checkbox"/> | | No <input type="checkbox"/> | |
| Primaria | Completo <input type="checkbox"/> | Incompleta <input type="checkbox"/> | | |
| Secundaria | Completa <input type="checkbox"/> | Incompleta <input type="checkbox"/> | | |
| Nivel Superior | Completa <input type="checkbox"/> | Incompleta <input type="checkbox"/> | | |
| 4. Procedencia: | | | | |
| Características Gineco Obstétricas | | | | |
| 5. ¿A qué edad tuvo la primera menstruación? (Fecha de Menarquía): | | | | |
| 6. ¿A qué edad comenzó a tener relaciones sexuales? (Fecha de Sexarquía y numero de pareja) : | | | | |
| 7. Número de Embarazos: | | | | |
| 1: <input type="checkbox"/> | 2: <input type="checkbox"/> | 3: <input type="checkbox"/> | 4: <input type="checkbox"/> | Más de 4: <input type="checkbox"/> |
| 8. ¿Usa métodos anticonceptivos? | | | | |
| Si: <input type="checkbox"/> | | No: <input type="checkbox"/> | | |
| En caso afirmativo indique el tipo: | | | | |
| Temperatura Basal: <input type="checkbox"/> | Preservativo: <input type="checkbox"/> | | Pastillas Anticonceptivas: <input type="checkbox"/> | |
| Coitus Interruptus: <input type="checkbox"/> | Dispositivo Intrauterino: <input type="checkbox"/> | | Parche: <input type="checkbox"/> | |
| | Diafragma: <input type="checkbox"/> | | | |
| Otro: | | | | |
| 9. ¿Durante el embarazo estuvo sometida a un programa de control?: | | | | |
| Si: <input type="checkbox"/> | | No: <input type="checkbox"/> | | |

| | | |
|---|--|---|
| En caso negativo indique las causas | | |
| Desconocimiento: <input type="checkbox"/> | Lejanía de los Centros de Atención: <input type="checkbox"/> | |
| Falta de Recursos Económicos: <input type="checkbox"/> | Ausencia de Centros de Atención Cerca de la Residencia: <input type="checkbox"/> | |
| Otros: | | |
| En caso afirmativo indique en promedio a cuantas consultas acudió durante el embarazo: | | |
| 10. Tipo de Parto: | | |
| Parto Natural: <input type="checkbox"/> | Parto Vaginal Instrumental: <input type="checkbox"/> | Cesárea: <input type="checkbox"/> |
| Parto Pre Termino: <input type="checkbox"/> | Parto a Termino: <input type="checkbox"/> | Parto Pos Termino: <input type="checkbox"/> |
| Complicaciones: | | |
| 11. ¿Durante el embarazo sufrió algún tipo de complicación?: | | |
| Si: <input type="checkbox"/> | No: <input type="checkbox"/> | |
| En caso afirmativo indique la o las complicaciones sufridas: | | |
| Hipertensión crónica: <input type="checkbox"/> | Hipertensión Inducida por el Embarazo o Preeclampsia: <input type="checkbox"/> | |
| Diabetes Gestacional: <input type="checkbox"/> | Dificultad respiratoria durante el sueño: <input type="checkbox"/> | |
| Infecciones Urinarias: <input type="checkbox"/> | Anemia: <input type="checkbox"/> | |
| Otras: | | |
| 12. ¿Durante el parto sufrió algún tipo de complicación?: | | |
| Si: <input type="checkbox"/> | No: <input type="checkbox"/> | |
| En caso afirmativo indique la las complicaciones sufridas | | |
| Mayor riesgo de Cesárea: <input type="checkbox"/> | Parto Prolongado: <input type="checkbox"/> | |
| Desgarros en el perineo: <input type="checkbox"/> | Dificultades con la anestesia: <input type="checkbox"/> | |
| Otras: | | |
| 13. ¿Después del parto sufrió algún tipo de complicación?: | | |
| Si: <input type="checkbox"/> | No: <input type="checkbox"/> | |
| En caso afirmativo indique la las complicaciones sufridas | | |

| | |
|---|---|
| Trombosis Venosa Profunda: <input type="checkbox"/> | Embolismo Pulmonar: <input type="checkbox"/> |
| Hemorragia Post-Parto: <input type="checkbox"/> | Infección y Dehiscencia de la Herida Operatoria: <input type="checkbox"/> |
| Otras: | |
| 14. ¿El feto o recién nacido sufrió algún tipo de complicación? | |
| Si: <input type="checkbox"/> | No: <input type="checkbox"/> |
| En caso afirmativo indique lo o las complicaciones: | |
| Macrosomía Fetal: <input type="checkbox"/> | Espina Bífida: <input type="checkbox"/> |
| Labio o Paladar Hendidos: <input type="checkbox"/> | Hidrocefalia: <input type="checkbox"/> |
| Lesiones Fetales Durante el Parto o la Cesárea: <input type="checkbox"/> | Trastornos Metabólicos: <input type="checkbox"/> |
| Dificultad respiratoria: <input type="checkbox"/> | |
| Otros: | |
| 15. ¿Qué periodo ha transcurrido entre un embarazo y otro? (Periodo Intergenésico) | |

ANEXO B

Medición de Nivel Socio Económico

| | | |
|---|---|------------------------------------|
| Características del Hogar | | |
| Número de Familias en la Vivienda | | |
| 1: <input type="checkbox"/> | 2: <input type="checkbox"/> | Más de 2: <input type="checkbox"/> |
| Genero del Jefe de Familia | | |
| Masculino: <input type="checkbox"/> | Femenino: <input type="checkbox"/> | |
| Nivel de Instrucción del Jefe de Familia: | | |
| Universitaria: <input type="checkbox"/> | Técnica Superior: <input type="checkbox"/> | |
| Técnica Media: <input type="checkbox"/> | Secundaria Completa: | |
| Secundaria Incompleta: <input type="checkbox"/> | Primaria Completa: <input type="checkbox"/> | |
| Primaria Incompleta: <input type="checkbox"/> | Analfabeta: <input type="checkbox"/> | |
| Profesión del Jefe de Familia: | | |
| Universitario, Alto Comerciante con Posiciones Gerenciales: <input type="checkbox"/> | | |
| Técnica, Medio Comerciante o Productor: <input type="checkbox"/> | | |
| Empleado sin Profesión Técnica Definida o Pequeño Comerciante o Productor: <input type="checkbox"/> | | |
| Obrero Especializado: <input type="checkbox"/> | | |
| Obrero No Especializado: <input type="checkbox"/> | | |
| Nivel de Instrucción del o la Conyugue: | | |
| Universitaria: <input type="checkbox"/> | Técnica Superior: <input type="checkbox"/> | |
| Técnica Media: <input type="checkbox"/> | Secundaria Completa: | |
| Secundaria Incompleta: <input type="checkbox"/> | Primaria Completa: <input type="checkbox"/> | |
| Número de Miembros en el Hogar: | | |
| Número de Miembros que Trabajan: | | |
| Número de Hijos | | |
| Ingreso Mensual del Hogar: | | |
| Fuente de Ingreso: | | |
| Fortuna Heredada: <input type="checkbox"/> | Ganancia, Beneficios, Honorarios Profesionales: <input type="checkbox"/> | |
| Sueldo Mensual: <input type="checkbox"/> | Sueldo Semanal. Por día o Por Tarea o a Destajo: <input type="checkbox"/> | |
| Donaciones de Origen Público o Privado: <input type="checkbox"/> | | |
| Tipo de Vivienda: | | |
| Propia Pagada: <input type="checkbox"/> | Propia Pagándose: <input type="checkbox"/> | |
| Alquilada: <input type="checkbox"/> | Otras: <input type="checkbox"/> | |

| | |
|--|---|
| Cuantos Ambientes para Dormir tienen la Vivienda: | |
| Servicios y Equipos en el Hogar: | |
| Teléfono: <input type="checkbox"/> | Baño: <input type="checkbox"/> |
| Televisor Sin Cable: <input type="checkbox"/> | Televisor con Cable: <input type="checkbox"/> |
| Internet: <input type="checkbox"/> | Computadora: <input type="checkbox"/> |
| Nevera: <input type="checkbox"/> | Lavadora: <input type="checkbox"/> |
| Cocina: <input type="checkbox"/> | Microondas: <input type="checkbox"/> |
| Caracterización de la Vivienda y Servicios | |
| Tipo de Vivienda | |
| Quinta: <input type="checkbox"/> | Apartamento o Casa: <input type="checkbox"/> |
| Anexo de Quinta: <input type="checkbox"/> | Casa de Barrio: <input type="checkbox"/> |
| Habitación: <input type="checkbox"/> | Rancho: <input type="checkbox"/> |
| Material Presente en las Paredes, Pisos y Techos | |
| Todo de Bloques, Cemento y/o Concreto: <input type="checkbox"/> | |
| Paredes de Bloques, Piso de Cemento y Techo de Zinc: <input type="checkbox"/> | |
| Paredes de Bloques, Piso de Tierra y Techo de Zinc: <input type="checkbox"/> | |
| Paredes de Adobe o Similar, Piso de Tierra y Techo de Zinc: <input type="checkbox"/> | |
| Todo de Caña, Palma, Tierra, Zinc y Similares: <input type="checkbox"/> | |
| Número de Ambientes de la Vivienda: | |
| El Agua es Suministrada a Través de: | |
| Acueducto: <input type="checkbox"/> | Chorro Común: <input type="checkbox"/> |
| Cisterna: <input type="checkbox"/> | Otro: <input type="checkbox"/> |
| Cada Cuanto Recibe el Agua: | |
| Todos los Días: <input type="checkbox"/> | Inter Diario: <input type="checkbox"/> |
| Semanalmente: <input type="checkbox"/> | Quincenalmente: <input type="checkbox"/> |
| Mensualmente: <input type="checkbox"/> | Nunca: <input type="checkbox"/> |
| Indique los Servicios de su Comunidad | |
| Alumbrado: <input type="checkbox"/> | Aseo Urbano: <input type="checkbox"/> |
| Teléfono Público: <input type="checkbox"/> | Barrido de Calles: <input type="checkbox"/> |
| Servicio Privado de Seguridad: <input type="checkbox"/> | Espacio de Recreación: <input type="checkbox"/> |
| La Disposición de Basura se Realiza en: | |
| Camión a Domicilio: <input type="checkbox"/> | Container: <input type="checkbox"/> |
| Aire Libre: <input type="checkbox"/> | Quema: <input type="checkbox"/> |
| Otro: <input type="checkbox"/> | |
| La Disposición de Excretas es a Través de | |
| Poceta a Cloaca: <input type="checkbox"/> | Poceta a Pozo Séptico: <input type="checkbox"/> |
| Letrina: <input type="checkbox"/> | Aire Libre: <input type="checkbox"/> |



ANEXO C
UNIVERSIDAD DE CARABOBO
AREA DE ESTUDIO DE POSTGRADO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD



ESPECIALIZACION EN SALUD Y DESARROLLO DEL ADOLESCENTE.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo _____ ,
 identificado con CI. N° _____ y como madre adolescente autorizo al Dra. Yajaira Quintana Z. CI. 7.072.780, médico pediatra en ejercicio, aspirante al Título de Especialista del Postgrado de Especialización en Salud y Desarrollo del Adolescente de la Universidad de Carabobo, la realización de tomas de datos para el estudio. PERFIL EPIDEMIOLOGICO DE LA MADRE ADOLESCENTES REFERIDAS A LA CONSULTA PARA ADOLESCENTES DEL HOSPITAL DE NIÑOS DOCTOR JORGE LIZARRAGA DURANTE EL PERIODO ABRIL – DICIEMBRE 2016., teniendo en cuenta que he sido informado claramente sobre el trabajo, fines y contenido, comprendo y acepto el procedimiento.

Al firmar este documento reconozco que los he leído o que me ha sido leído y explicado y que comprendo perfectamente su contenido doy mi consentimiento para la realización del procedimiento y firmo a continuación:

FIRMA DEL ADOLESCENTE: _____
 C.I

FIRMA DEL MÉDICO:
 C.I
 CM:
 MPPS:

FECHA: