

CARACTERIZACION DE MUJERES GESTANTES ENTRE 15 Y 20 AÑOS EN EL
E.S.E HOSPITAL SAN BLAS II NIVEL EN EL PERIODO DE TIEMPO ENERO
2012 A ENERO 2013.

LAURA KATTERINE MEDINA SILVA

UNIVERSIDAD DE CIENCIAS APLICADAS Y AMBIENTALES

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

PROGRAMA MEDICINA

TRABAJO DE INVESTIGACION IV

BOGOTA D.C.

2016

CARACTERIZACION DE MUJERES GESTANTES ENTRE 15 Y 20 AÑOS EN EL
E.S.E HOSPITAL SAN BLAS II NIVEL EN EL PERIODO DE TIEMPO ENERO
2012 A ENERO 2013.

LAURA KATTERINE MEDINA SILVA

Trabajo de investigación para obtener título de médico

DR. WILLIAM ONATRA HERRERA

ASESOR CIENTIFICO, MEDICO CIRUJANO, ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA
Y OBSTETRICIA, MAESTRIA EN BIOLOGIA REPRODUCTIVA.

DR. MARLLY YANETH ROJAS ORTIZ

ASESORA METODOLOGICA, BACTERIOLOGA, ESPECIALISTA EN
EPIDEMIOLOGIA, MAESTRIA EN SALUD PUBLICA.

UNIVERSIDAD DE CIENCIAS APLICADAS Y AMBIENTALES UDCA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

PROGRAMA MEDICINA

TRABAJO DE INVESTIGACION IV

BOGOTA D.C.

2016

PAGINA DE ACEPTACIÓN

Presidente de jurado

Jurado

Jurado

DEDICATORIA

Dedicado a Dios que me sostuvo en los momentos más difíciles, a mis padres y hermana quienes me enseñaron el significado del esfuerzo y el resultado de la constancia.

Laura Katherine Medina

AGRADECIMIENTOS

A la Universidad de Ciencias Aplicadas y Ambientales, A la Facultad de Medicina y en especial al comité técnico científico por la aprobación del trabajo de investigación; Al Dr. Elkin Higuera por su colaboración y acompañamiento en el proceso. Al Hospital San Blas II nivel por permitirme el acceso, revisión de las historias clínicas en conjunto con el Dr. Bonilla coordinador de ginecología. A mi asesor científico Dr. Onatra y mi asesora metodológica la Dr. Rojas por su dedicación, colaboración y paciencia. Finalmente agradezco a mis profesores ya que me brindaron el conocimiento durante el transcurso de toda mi carrera y a mi familia por el apoyo incondicional.

TABLA DE CONTENIDO

RESUMEN.....	11
INTRODUCCION.....	12
OBJETIVOS.....	13
OBJETIVO GENERAL.....	13
OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	13
PLANTEAMIENTO PROBLEMA.....	14
1. MARCO TEORICO.....	16
1.1 Definición.....	16
1.2 Introducción.....	16
1.3 Riesgos y complicaciones.....	20
1.4 Embarazo en Adolescente.....	23
1.5 Embarazo en Adolescentes en Colombia.....	25
1.6 Normatividad.....	26
1.6.1 Infancia y adolescencia.....	27
1.5 IMPACTO ESPERADO.....	37
2. METODOLOGIA.....	32
2.1 Tipo de estudio:.....	32
2.2 Población.....	32
2.3 Muestra.....	32
2.4 Muestreo.....	32
2.5 Criterios de inclusión.....	32
2.6 Criterios de exclusión.....	33
2.7 Recolección de datos.....	33
2.8 Variables.....	34
2.9 Validez.....	36
2.10 Análisis de información.....	36

2.11 Aspectos éticos.....	36
3. RESULTADOS.....	38
4. DISCUSION.....	46
5. CONCLUSIONES	53
6. RECOMENDACIONES.....	54
7. CRONOGRAMA	55
8. ASPECTOS FINANCIEROS	57
9. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	58

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Clasificación preeclampsia.....	21
Tabla 2. Variables.....	35
Tabla 3. Cronología de actividades primer semestre 2015.....	55
Tabla 4. Cronología de actividades segundo semestre 2015.....	55
Tabla 5. Cronología de actividades primer semestre 2016.....	56
Tabla 6. Aspectos financieros.....	57

LISTA DE GRAFICAS

Gráfica 1. Distribución de las localidades anexas a la ESE Hospital San Blas.....	38
Grafica 2: Distribución de las edades	39
Grafica 3: Distribución de porcentaje de estado civil.	40
Grafica 4: Distribución de porcentaje de nivel académico.	40
Grafica 5: Distribución de porcentaje de método de planificación pre concepción.	41
Grafica 5: Distribución de porcentaje de controles prenatales.	42
Grafica 9: Distribución de porcentaje de planeación del embarazo.	42
Grafica 6: Distribución de porcentaje de antecedentes perinatales.	43
Grafica 7: Distribución de porcentaje de complicaciones.	44
Grafica 8: Distribución de porcentaje de patologías materno/neonatales.	44
Grafica 9: Distribución de porcentaje de planificación post parto.	45
Grafica 10: Distribución de porcentaje de culminación de la gestación.	45

LISTA DE ANEXOS

1. CD con base de datos

CARACTERIZACION DE MUJERES GESTANTES ENTRE 15 Y 20 AÑOS EN EL
E.S.E HOSPITAL SAN BLAS II NIVEL EN EL PERIODO DE TIEMPO ENERO
2012 A ENERO 2013¹

Dr. William Onatra Herrera ²

Laura Katterine Medina Silva³

Dr. Marilly Yaneth Rojas Ortiz⁴

RESUMEN

En Colombia la tasa de fecundidad específica para mujeres de 15 a 19 años aumento 30%, de 70 a 90 por mil, entre 1990 al 2005 y una de cada cinco mujeres ha estado embarazada. (9). Este trabajo de investigación tiene como propósito caracterizar las mujeres entre 15 a 20 años en estado de gestación, en el Hospital San Blas durante enero de 2012 a enero de 2013, ya que actualmente el número de mujeres con embarazo no deseado está en aumento (19), el número de complicaciones perinatales en este grupo poblacional tiene mayor frecuencia (2) y las políticas públicas en salud para esta población se hacen ineficientes. (23). Es por esta razón que se analizaron las características de esta población, factores de riesgo que pueden intervenir en las mujeres, aumentando el número de embarazos, las complicaciones perinatales, teniendo en cuenta las estrategias en salud para esta población; Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo, tomando las historias clínicas de este periodo de tiempo, analizando el carnet de control prenatal del Centro Latinoamericano Asociado De Perinatología (CLAP), historias clínicas y número de nacimientos en esta institución durante este periodo de tiempo. Los resultados determinaron que las mujeres entre 15 y 20 años no planifican, el 71% eran solteras y el 29% estaban en unión libre, de este grupo el 85% no planificaba y dentro del total de los embarazos el 83% no era planeado. El numero ha disminuido en comparación con años anteriores, pero de debe seguir trabajando con esta población.

Palabras clave: Embarazo, Adolescente, CLAP, Gestante, fecundidad.

¹ Trabajo de grado en modalidad investigación

² Asesor científico, médico cirujano, especialista en ginecología y obstetricia, maestría en biología reproductiva.

³ Estudiante medicina decimo semestre

⁴ Asesora metodológica, bacterióloga, especialista en epidemiología, maestría en salud pública

INTRODUCCION

El presente trabajo busca realizar la caracterización de las mujeres entre 15 a 20 años en estado de gestación, en la ESE Hospital San Blas segundo nivel, en el periodo de tiempo enero de 2012 a enero de 2013, con el fin de poder identificar los principales los factores de riesgo que pueden intervenir en dicha población

En primer lugar se realizara una compilación tanto normativa como de línea base sobre el estado del arte en materia de gestación. Se describirá los lineamientos de las políticas públicas en dicha materia. Se ubicara geoespacialmente a la ESE hospital San Blas segundo nivel definiendo las localidades de incidencia del mismo y buscando establecer las condiciones socioeconómicas de las mismas

Por medio de un estudio descriptivo retrospectivo que partió del análisis de las historias clínicas de las pacientes; del seguimiento al carnet de control prenatal del Centro Latinoamericano Asociado de Perinatología (CLAP), y de sus relación con el número de nacimientos en la ESE Hospital San Blas segundo nivel se buscara establecer cuáles fueron los principales factores de riesgos de la población sujeta al estudio.

Realizaremos una comparación frente a algunos estudios similares o con muestras poblaciones equivalentes de referencia local, regional, nacional e internacional. Para finalizar presentaremos de forma expresa las principales conclusiones y recomendaciones frente a la gestación en mujeres jóvenes embarazadas en la ESE hospital San Blas II nivel.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Caracterizar a las mujeres gestantes en el E.S.E Hospital San Blas en el periodo de tiempo enero de 2012 a enero 2013

OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Determinar los factores de riesgo en mujeres gestantes de 15 a 20 años.
2. Establecer las principales complicaciones perinatales en las pacientes estudiadas.
3. Examinar los actuales modelos de intervención en salud para mujeres gestantes entre 15 años y 20 años.

PLANTEAMIENTO PROBLEMA

El proceso reproductivo humano plantea el embarazo como una condición sin ecuánime para su realización. Según lo establecido por Issler (1) *“La maternidad es un rol de la edad adulta. Cuando ocurre en el periodo en que la mujer no puede desempeñar adecuadamente ese rol, el proceso se perturba en diferente grado”*.

Según el autor, Por lo general las madres adolescentes hacen parte de grupos sociales desprotegidos y/o vulnerables con deficiencias afectivas, con transposición de roles (hija-madre) que las obliga a ocuparse de actividades no propias de su edad. Por lo general el despertar sexual de estas jóvenes suele ser a temprana edad y ocupa un lugar trascendente en sus vidas carentes de proyectos de vida, con un nivel escolar deficitario, si proyección laboral y con modelos familiares deficientes a la vez que genera precocidad en la iniciación de su sexualidad.

La maternidad a temprana edad ha pasado de ser un hecho aislado a convertirse en un hecho de discusión dentro de la agenda pública, las localidades de San Cristóbal (26,8%), Ciudad Bolívar (25,1%) y Bosa (23,4%) son las localidades que cuentan con el mayor porcentaje de mujeres en estado de gestación con edades entre 15 a 19 años que están o alguna vez estuvieron embarazadas es así

En Colombia sea producido un incremento del inicio de las relaciones sexuales a edades prematuras entre adolescentes, lo anterior sustenta un mayor riesgo de embarazo. El 50 % de las mujeres entre 15 y 19 años han sostenido relaciones sexuales, y entre las mujeres que han sostenido relaciones sexuales el 13% inicio su vida sexual antes de cumplir los 15 años (28)

Ahora bien del 55 % de las jóvenes que han sido madres no tienen ningún nivel de educación y en el 46 por ciento apenas tienen la primaria y en su mayoría ha tenido su primera relación antes de cumplir los 15 años de edad.

La ESE Hospital San Blas Segundo Nivel, dentro de su espectro de atención se localizan localidades como San Cristóbal, Ciudad Bolívar, Usme, Rafael Uribe Uribe; Localidades con problemáticas socioeconómicas similares a las predeterminantes de las mujeres embarazadas menores de 20 años que nos permite realizar la caracterización de dicha población buscando determinar los factores de riesgo. Partiendo de un estudio descriptivo retrospectivo y tomando

como fuente principal las historias clínicas y analizando el carnet de control prenatal del Centro Latinoamericano Asociado De Perinatología (CLAP), y número de nacimientos en esta institución.

1. MARCO TEORICO

1.1 Definición

- Mujer:” Persona del sexo femenino” Real Academia de la Lengua Española RAE.(20).

Adolecente:

- “Período en el cual el ser humana pasa de niño a adolescente” Real Academia de la Lengua Española RAE (6).
- Adolescencia temprana: se extiende a grupo poblacional de personas entre 10 y 14 años. (21).
- Adolescencia tardía: comprende a personas entre 15 y 20 años.(21).

Embarazo: Transcurre desde la implantación del huevo fecundado hasta el parto. (5) Consta de tiene un periodo de duración de aproximadamente 280 días, es decir 40 semanas.

1.2 Introducción

Inicia posterior a la fecundación del ovulo por el espermatozoide, donde el cigoto empieza un proceso de división celular y formación hasta aproximadamente la semanas 10, posterior a la semanas 11 comienza el proceso de crecimiento y desarrollo de los órganos y tejidos a nivel fetal, cualquier falla durante este proceso en especial en las primera semanas vida embrionaria y fetal puede ocasionar abortos espontáneos, malformaciones en el feto; (22) durante el embarazo la mujer puede tener síntomas tales como nauseas, vomito, suelen

aparecer luego de la sexta semana, asociado a amenorrea y desaparecer o disminuir la intensidad de los síntomas entre la semana 12 y 14, algunas mujeres embarazadas pueden también cursar con trastornos urinarios, como poliuria ya que el peso del útero cae sobre la vejiga disminuyendo la capacidad de almacenamiento de orina; cursan también con alteraciones como sueño constante, cansancio, alteraciones emocionales.

El adecuado control prenatal se debe realizar utilizando acciones y actividades en busca del bienestar para la mujer embarazada y el feto, con la intención de lograr la culminación del embarazo con un parto sin complicaciones, buscando así un recién nacido en las mejores condiciones de salud y una materna en las mejores condiciones.(7).

Es de gran importancia que cada mujer embarazada se realice controles prenatales para de esta manera determinar el desarrollo del embarazo y así verificar el bienestar materno y fetal, por esta razón se desarrollaron esquemas específicos para el seguimiento del embarazo como los CLAPS, los cuales son un documento en el cual se tiene los datos de la madre, los antecedentes maternos, perinatales, consulta prenatal con su fecha y valoración obstétrica, examen físico, paraclínicos, los cuales determinan el desarrollo adecuado o no del embarazo.(7).

Por tal razón es fundamental conocer los antecedentes maternos los cuales pueden determinar si el embarazo es o no de alto riesgo, si puede interferir con la salud de la madre; los antecedentes perinatales se analiza ya que determinan si el embarazo fue o no planeado lo cual puede orientarnos con respecto a la posible adherencia frente al control prenatal, también nos indica que tipo de planificación se utilizaba o si no planifica con lo cual se podría determinar el conocimiento de la

población estudiada frente a la planificación familiar, también se determina el peso y talla antes del embarazo, se da inicio a los exámenes correspondientes con el primer trimestre de periodo prenatal, con esto se verificara la condición materna al inicio del embarazo y las posibles complicaciones que se podrían presentar si tuviese factores de riesgo como bajo peso, enfermedades de base crónicas, hábitos como fumar, alcohol, uso de sustancias psicoactivas, embarazo no deseado, pobre red de apoyo.

El adecuado seguimiento de los controles prenatales determinara el desarrollo y crecimiento adecuado del feto, de igual manera lograra dimensionar el adecuado control fisiológico con respecto madre-feto. Es de gran importancia se tengan en cuenta los paraclínicos necesarios para este seguimiento prenatal, los cuales se clasifican según condición prenatal:

Paraclínicos del primer trimestre:

- Ecografía donde el ginecólogo determinara si el embrión está vivo, edad gestacional, si existe uno o más embriones, si el embrión está implantado en el útero o en otros lugares, primera posibilidad de identificar malformaciones fetales.
- Cuadro hemático: Se utiliza para determinar si se está cursando con algún proceso infeccioso, valorar la hemoglobina, el hematocrito, plaquetas, entre otras.
- Citología: se debe hacer para saber si se está cursando con infección vaginal y dar tratamiento.

- Glicemia pre y pos: En el embarazo pueden haber cambios drásticos en la glicemia los cuales pueden afectar el feto y su adecuado crecimiento y desarrollo.
- VIH: Para iniciar manejo con retro-virales en caso de ser positivo, viabilidad del embarazo, nacimiento por cesárea, no incentivar lactancia materna y tratamiento para recién nacido.
- Parcial de orina: Determina si se está cursando con infección de vías urinarias.
- Toxoplasmosis: Es muy importante su determinación ya que puede generar abortos, malformaciones fetales.
- IgG e IgM para hepatitis: manejo ya que puede generar malformación o alteración en madre y feto.
- Serología: Indica si se tiene o no infección por sífilis.
- Otros laboratorios los cuales considere el médico tratante.
- Ecografía segundo trimestre: Por medio de ecografía determinar malformaciones fetales y edad gestacional.
- Ecografía tercer trimestre: Crecimiento adecuado del feto, posición en el útero, la placenta y su funcionalidad, líquido amniótico, movimientos respiratorios.
- Monitoria fetal: Se puede realizar desde la 30 semana de gestación y determina bienestar fetal

Estos paraclínicos se deberán repetir según considere el médico tratante en el segundo y tercer trimestre del embarazo, para de esta manera determinar si el

feto tiene algún tipo de malformación o patología, estado materno, posibles complicaciones, presencia de infección o no, ya que si la paciente con infección se hace más propensa a sufrir de complicaciones durante su periodo de gestación.

El CLAP también ofrece herramientas fundamentales con las pacientes que acuden a control prenatal o que están en trabajo de parto, los cuales son signos vitales, fetocardia, situación fetal, posición fetal, si la paciente se encuentra en trabajo de parto también nos permite graficar cual es el periodo de tiempo estimado para el parto, evolución del trabajo de parto, bienestar fetal y culminación del embarazo, dentro de estas se evalúa también el líquido amniótico, su color y cantidad, esto con el fin de determinar bienestar fetal.

1.3 Riesgos y complicaciones

El embarazo es una etapa en la cual todas las mujeres sufren cambios dramáticos a nivel anatómico, fisiológico y mental por tal motivo es importante tener en cuenta que las adolescentes tienen mayor posibilidad de desarrollar complicaciones durante el embarazo, por lo cual se debe reconocer las principales entidades que generar riesgos y posibles complicaciones a la madre y al feto, entre las más frecuentes se encuentra:

- Preeclampsia: Se presenta con mucha frecuencia en salas de ginecoobstetricia, caracterizada por cifras tensionales con sistólicas mayores de 140 Mg/dL y presión diastólica mayor de 90 Mg/dL, proteinuria mayor de 0,3 gr en 24 horas, esta puede ser categorizada por moderada a grave. (10).

Tabla 1. Clasificación preeclampsia

PREECLAMPSIA	MODERADA	SEVERA	ECLAMPSIA
Tensión arterial	Menor a 160/110mg/dl	Mayor a 160/110mg/dl	Mayor a 160/110mg/dl
Proteinuria	Menor a 5 gr en 24 horas	Diuresis de 24 horas menor a 500cc	Diuresis de 24 horas menor a 100cc
Edema	Moderado-generalizado	Anasarca- edema pulmonar	Anasarca- edema pulmonar
Compromiso coagulación	NO	Trombocitopenia	Trombocitopenia
Compromiso hepático	NO	Aumento de las transaminasas	Aumento de las transaminasas
Alteraciones del SNC	NO	Cefalea, tinittus, fosfenos, alteración de la conciencia	Cefalea, tinittus, fosfenos, alteración de la conciencia
Conclusión	NO	NO	SI

Tomada de: Dirección Nacional De Salud Materno Infantil (10).Elaborada por la autora.

- Retraso del crecimiento intrauterino: Es una condición patología que se presenta en mujeres embarazadas donde el feto no tiene el desarrollo intrauterino adecuado tendiendo en el peso fetal y edad gestacional. Esto se puede deber a diferentes factores genéticos, medioambientales o familiares. Se deben tener en consideración aquellos factores medio ambientales tales como exposición atóxicos, humos, sustancias

psicoactivas, factores que se deben analizar en toda adolescente embarazada, aquellas con familiares diabéticos o con predisposición genética.(11).

- Prematurez: Nacimiento previo a las 37 semanas, el 80% de su causa es la ruptura prematura de membranas y el 20% se debe a causas maternas, en las adolescentes se debe de tener en cuenta la mayor propensión a tener ruptura de membranas por procesos infecciosos no tratados o por la no adherencia al tratamientos.(12).
- Bajo peso al nacer: Recién nacidos a término mayores de 37 semanas de gestaciones que presentan un peso al nacer menor de 2.500 gr; Esto puede ocurrir ya que durante el periodo de gestación pueden haber alteraciones genéticas, enfermedades de la madre durante su gestación como diabetes, hipertensión, enfermedad renal, hepática entre otras, alteraciones en forma anatómica de la placenta generando así una disminución del aporte de nutrientes al feto, entre otras.(13)
- Muerte intrauterina: Varias pueden ser las razones por las cuales e feto puede morir entre las causas más comunes está el sufrimiento fetal intrauterino semanas previas antes del embarazo, asfixia por aspiración de meconio y en adolescentes por falta de seguimientos prenatales puede haber malformaciones no detectadas hasta el momento previa al nacimiento o posterior al nacer incompatibles con la vida.(14).
- Ruptura prematura de membranas: El 10% de las gestantes pueden presentar ruptura prematura de membranas, el 60 a 80% de los casos ocurre en las últimas semanas de la gestación, acelerando en inicio de trabajo de parto entre 24 y 48 horas, generando así infecciones uterinas, partos prematuros y cordón umbilical prolapsado.(26).

1.4 Embarazo en Adolescente

Las menores de 20 años embarazadas en Colombia están en aumento, lo cual genera abandono de la educación básica, ingreso a la vida laboral a temprana edad con empleos informales los cuales no cuentan con los requisitos básicos como salud, pensión, ARL y sueldos menores al salario básico en muchos casos. Es importante tener en cuenta que los hijos de estas mujeres adolescentes tienen gran predisposición a tener bajo peso, enfermedades como bronquiolitis, EDA, entre otras ya que ingresan con muy pocos meses a instituciones como hogares comunitarios donde hay gran cantidad de menores con las mismas condiciones socio-económicas.

En países de recursos tercer mundistas tales como Bangladesh, Chad, Guinea, Mali, Mozambique y Níger, de cada diez niñas menores de 15 años una ha estado en embarazo. En Colombia la tasa de fecundidad específica para mujeres de 15 a 19 años aumento 30%, de 70 a 90 por mil, entre 1990 al 2005 y una de cada cinco mujeres ha estado embarazada. (9). Difieren drásticamente de zonas rurales a urbanas ya que el número de embarazadas en Colombia tiene los mayores valores en Valle 606, Antioquia 595, Bogotá 578 y Santander 358; En otra zonas el porcentaje es menor como el amazonas 35,4%, Guainía 33,8%, Putumayo 32% y Chocó 29,4% y los menores en Santander 16,1%, Norte de Santander 17,1%, Atlántico 17,2% y Bogotá 17,5%.

Hay diferentes factores de riesgo los cuales interfiere en las adolescentes generando así el aumento de la incidencia de embarazos en el Hospital San Blas, entre ellos encontramos:

Núcleo familiar desintegrado y alteraciones psicoactivas: Las adolescentes que viven en hogares de padres separados o con familias disfuncionales, tienen falencias psicoactivas las cuales buscan establecer relaciones con adolescentes de sus mismas edades o en algunas ocasiones con hombres que doblan su edad para encontrar en ellos el afecto que hace falta en sus hogares. Esto suele generar embarazos en las parejas de adolescentes inexpertos donde inician relaciones sexuales a temprana edad sin utilizar métodos de planificación o en uniones con hombres mayores donde se busca la estabilidad afectiva por medio de un embarazo. El punto fundamental es el hogar y las pobres bases afectivas y éticas que se brindan durante la infancia y adolescencia a las menores de 20 años.

El ambiente sociocultural tiene una influencia importante sobre las adolescentes, en especial en aquellas que viven en estratos 1, 2 y 3 ya que conviven diariamente con violencia, drogadicción, delincuencia, alcohol, cigarrillo y si se tiene un pobre acompañamiento afectivo y correctivo en el hogar, las adolescentes serán fácilmente influenciadas.

En muchas ocasiones las adolescentes buscan identidad propia y por esto acceden a hacer parte de grupos socioculturales que tienen conductas de riesgo, esto lo hacen para sentirse parte de un grupo y de esta manera generar otro tipo de vínculos entre amigos, esto puede favorecer los embarazos tempranos.

Los factores socioeconómicos son de gran importancia ya que determinan el acceso a los servicios básicos como agua, luz, vivienda, comida, educación.

Las adolescentes que tienen falencias económicas son más vulnerables a quedar en embarazo ya que buscan estabilidad por medio de parejas las cuales en muchas ocasiones no suelen ser estables por medio de un embarazo.

La educación es de gran importancia ya que brinda a las adolescentes la perspectiva de un futuro exitoso, les da la oportunidad de que sin importar sus capacidades económicas puedan acceder a la educación mayor universitaria pública o trabajar en empleos donde exijan el bachillerato como requisito mínimo, esto les brindará la capacidad de poder tener un futuro digno y con propósito. Es importante tener en cuenta que en la educación básica se enseña acerca del embarazo y como prevenirlo con los diferentes métodos y de planificación, brindan asesoramiento a las adolescentes en caso de que lo necesite con respecto al tema de salud sexual y reproductiva.

Toda adolescente en estado de embarazo tendrá la oportunidad de decidir si quiere o no continuar su embarazo teniendo en cuenta el derecho fundamental a la vida, se debe garantizar a las maternas que las leyes estatutarias la apoyaran durante su periodo de gestación, se deberá respetar el derecho a la educación de las adolescentes embarazadas en las respectivas entidades educativas del país, teniendo en cuenta que la educación también es un derecho fundamental, tendrá que exigirse el derecho a la igualdad, a la intimidad y a la autonomía que las adolescentes necesiten para llevar su embarazo a término en las mejores condiciones posibles.

1.5 Embarazo en Adolescentes en Colombia

El estudio descriptivo retrospectivo de la prevalencia de embarazos en adolescentes mujeres menores de 20 años en el año 2012 al 2013 se realizó en la empresa social del estado Hospital San Blas de segundo nivel que hace parte de la red centro oriente de salud de la ciudad de Bogotá.

Bogotá es la capital de la república de Colombia, la cual para el año 2012 presentó 105.451 casos de nacimientos; De esta cifra anterior el 18.6% (cerca de 19.817) corresponde a madres menores de 20 años (8). Por otra parte la ESE Hospital San Blas de II Nivel, vincula a las localidades de San Cristóbal, Rafael Uribe Uribe, Ciudad Bolívar y Usme dentro de su área de atención.

La siguiente tabla las Personas afiliadas al Sistema General de Seguridad Social en Salud –SGSSS, por régimen de afiliación, según localidad para el año 2011.(1)

Personas afiliadas al Sistema General de Seguridad Social en Salud –SGSSS, por régimen de afiliación, según localidad para el año 2011.

Como lo muestra la tabla anterior las localidades que se encuentran vinculadas al área de atención del Hospital San Blas cuentan con proporciones muy altas en el régimen subsidiado; San Cristóbal (39.6), Usme (43.9), Rafael Uribe Uribe (38.0) y ciudad Bolívar (43.9) lo anterior es significativo ya que refleja el nivel económico del grueso de la población de dichas localidades.(28)

1.6 Normatividad

Las características propias del estudio descriptivo y retrospectivo de la prevalencia de embarazos en adolescentes mujeres menores de 20 años en el año 2012 al 2013 en el Hospital San Blas nos obliga a analizar el marco normativo en dos áreas fundamentales; primera infancia y salud sexual y reproductiva.

1.6.1 Infancia y adolescencia

En lo referente a la primera infancia es preciso señalar que la visión normativa sobre la niñez e infancia a lo largo de la historia está marcado por vacíos normativos y conceptos que van desde considéralos personas de propiedad de los mayores o fuentes de recursos económicos, hasta como adultos en miniatura.

Es solo hasta inicios del siglo XX que a nivel internacional se inicia un proceso de reconocimiento de derechos a la infancia. Fue la Declaración de Ginebra sobre los Derechos del Niño en 1924, la primera norma en la carrera de garantías a dicha población; seguida de la Declaración Universal de Derechos Humanos establecida el 10 de Diciembre de 1948 por las Naciones, y la Declaración de los Derechos del Niño en 1959 con la cual los infantes pasan de ser considerados objetos sujetos, a individuos sujetos a derechos.

Convención de los derechos del niño: el 20 de noviembre de 1989, la Asamblea General de las Naciones Unidas Aprobó la Convención sobre los Derechos del Niño, la cual entro vigor el 2 de septiembre de 1990. Dicha convención es el primer y más completo tratado sobre derechos humanos y por ende el instrumento para la promoción y la protección de los derechos de la infancia; ella reconoce a los niños y las niñas del mundo como agentes sociales y sujetos de derecho y titulares activos de sus propios derechos.

Fundada en cuatro principios rectores: la no discriminación; el interés superior de la infancia; el derecho a la vida, la supervivencia y el desarrollo y el respeto por los puntos de vista de la infancia. Dicha convención sentó las bases normativas universales con relación a la atención, el tratamiento y la protección de todas las personas menores de 18 años.

Ámbito nacional

La carta política colombiana firmada en 1991, establece en sus, en sus artículos artículo 44º, 67º, una protección directa y un orden jurídico específico para los niños y niñas.

De igual manera el congreso de Colombia a través de la ley 12 de 1991 incorpora dentro de nuestro aparato normativo la Convención sobre los Derechos del Niño adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 20 de noviembre de 1989.

Para el año 2006 el estado colombiano adopta el Código de la Infancia y la Adolescencia. Por medio de la ley 1098 de 2006, el cual tiene como fin: *“garantizar a los niños, a las niñas y a los adolescentes su pleno y armonioso desarrollo para que crezcan en el seno de la familia y de la comunidad, en un ambiente de felicidad, amor y comprensión”*(10).

El código se encuentra estructurado en tres libros, los cuales presentan un desafío para el conjunto de la sociedad en el ámbito cultural, económico, jurídico y social:

El primer libro, está orientado a la protección integral, es decir, al desarrollo armónico del niño dentro de su núcleo familiar o social.

El segundo, establece un nuevo sistema penal para adolescentes –entre 14 y 18 años de edad–, el cual contempla una organización de justicia particularmente diseñada y castigos que van desde amonestaciones hasta reclusión en centros especiales.

El tercero, está dedicado al sistema nacional de bienestar familiar y las políticas públicas de infancia y adolescencia, en donde se regulan temas como la adopción hasta el tratamiento de los niños en la información que realizan los medios de comunicación.

Mediante el Documento CONPES Social 109 de 2007 denominado “Colombia por la Primera Infancia”, el estado colombiano fija la política pública en materia niñez, infancia y adolescencia.

Desde un enfoque filosófico de derechos, este documento enmarca una serie de principios constitutivos, los cuales son: i) el reconocimiento de los niños y niñas como sujetos titulares de sus propios derechos, ii) el interés superior de la niñez, iii) la prevalencia de los derechos de los niños y las niñas sobre los de los demás, iv) la interdependencia de los derechos, v) la intersectorialidad como la forma por excelencia de la intervención estatal, vi) la corresponsabilidad del estado, la sociedad y la familia en la realización y protección de los derechos, vii) la importancia que tiene el contexto particular de los niños y niñas en su situación de vida, y viii) la necesidad de adoptar medidas diferenciales de atención según el ciclo vital y las condiciones particulares de cada niño o niña.

Lo anterior toma notoriedad al convertirse en la primera política pública en toda la historia de Colombia dirigida a un grupo poblacional específico

Salud sexual y reproductiva

las políticas en educación y salud sexual y reproductiva en Colombia están basadas en los compromisos generados por el país por medio de la firma de acuerdos internacionales y aterrizados en leyes nacionales.

En el año 2003 el Ministerio de la Protección Social socializó la Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (PNSSR), la cual articula dentro de su aparato normativo las recomendaciones de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer de 1995 y la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo de 1994.

La dicha política pública tiene como objetivo general el mejoramiento de la Salud Sexual y Reproductiva (SSR) en Colombia, a la par que busca promover el ejercicio de los Derechos Sexuales y Reproductivos (DSR) de toda la población; dicha política se orienta de forma particular a la reducción de los factores de vulnerabilidad y los comportamientos de riesgo, realizando un mayor enfoque en el estímulo de los factores protectores y la atención a grupos con necesidades específicas.

De igual manera, se definen los temas prioritarios: planificación familiar, maternidad segura, Salud Sexual y Reproductiva de los adolescentes, infecciones de transmisión sexual incluyendo VIH/SIDA, cáncer de cuello uterino y violencia doméstica y sexual.(15).

Bajo los principios rectores de: la concepción de los DSR como Derechos Humanos, el empoderamiento de las mujeres y la cualificación de la demanda, la equidad social y de género, la focalización y la calidad para la prestación de los servicios. Dicha Política Plantea como estrategias: 1) la Promoción de la SSR de

las adolescentes y los adolescentes mediante estrategias de Información, Educación y Comunicación (IEC), 2) la Coordinación intersectorial e interinstitucional, 3) el Fortalecimiento de la participación, 4) el Fortalecimiento de la gestión institucional, 5) la Potenciación de las redes sociales de apoyo, y 6) el Desarrollo de la investigación.

2. METODOLOGIA

2.1 Tipo de estudio:

Estudio descriptivo retrospectivo, de caracterización de mujeres entre 15 a 20 años en el Hospital San Blas en el periodo de tiempo enero 2012 a enero de 2013, se determinara cuántos nacimientos durante este periodo de tiempo, se tomara también información de historias clínicas y con esto poder analizar sus factores de riesgo y el desarrollo gestacional, teniendo en cuenta la terminación de los mismo. En esta investigación no se desean controlar variables.

2.2 Población

Mujeres embarazadas de 15 a 20 años en Hospital San Blas II nivel

2.3 Muestra

Mujeres embarazadas de 15 a 20 años en el Hospital San Blas II nivel en el periodo de enero de 2012 a enero de 2013.

2.4 Muestreo

Pacientes que cumplan con los criterios de inclusión y exclusión.

2.5 Criterios de inclusión

- Mujer
- Menor de 20 años y mayor de 14 años
- Embarazada
- Consulta al Hospital San Blas II nivel
- Consulta Periodo enero 2012 a enero 2013

2.6 Criterios de exclusión

- Previo diagnóstico de Enfermedades de transmisión sexual
- Antecedente o sospecha de Abuso sexual
- Menor 14 años y Mayor 20 años
- Que no consulten al Hospital San Blas
- Consulten fuera del periodo de enero 2012 a enero 2013.

2.7 Recolección de datos

- Revisión del formato Registro de pacientes en salas que contiene información de pacientes que consultan al servicio de Ginecología Hospital San Blas II nivel.
- Revisión Historias clínicas seleccionadas, CLAPS, Certificado de recién nacido vivo.
- Revisión Base de datos: El hospital San Blas cuenta en con bases de datos de los partos anuales entre el año 2012 y 2013, RUAF.

2.8 Variables

Tabla 2. Variables

<u>CATEGORÍA</u>	<u>VARIABLE</u>	<u>DEFINICIÓN DE LA VARIABLE</u>	<u>CLASIFICACIÓN DE LA VARIABLE</u>	<u>ESCALA DE MEDICIÓN</u>
<u>SOCIODEMOGRÁFICA</u>	Genero	Condición orgánica que distingue a los machos de las hembras.	Cuantitativa Nominal	Femenino masculino
	Edad	Tiempo que ha vivido una persona iniciando desde el nacimiento	Cuantitativa Intervalo de razón	Rango de edad
	Localidad	División territorial o administrativa de la tierra.	Cualitativa ordinal	San Cristobal Rafael Uribe Uribe Usme Ciudad Bolivar
	Escolaridad	Nivel de estudios aprobados por una persona	Cualitativa Ordinal	Ninguno Bachiller Secundaria Primaria Univerisitarios
	Estado civil	Situación de una persona dependiente de matrimonio o arentes que establece derechos y deberes	Cualitativa Ordinal	Union libre Casada Soltera
	Ocupación	Oficio u ocupación de una persona	Cualitativa Ordinal	Empleada Desempleada Estudiante
			Raza con mayor número de consulta en Hospital	Cualitativa

CLINICA

	Raza	San Blas.	Ordinal	Mestiza Afrodescendiente
	Planificación pre concepción	Planificación antes del inicio del embarazo	Cualitativa Ordinal	Barrera DIU Hormonal Ninguno
	Edad gestacional	Numero de semanas de gestación	Cuantitativa Nominal	Numero de semanas gestación
	Controles prenatales	Número de controles maternos y fetales en conjunto	Cuantitativa Nominal	Ninguno, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8
	Antecedentes prenatales	Patologías que se cursaron durante el embarazo	Cualitativa Ordinal	Patológicos
	Complicación gestación	Patología durante e embarazo que pone en riesgo la vida de la madre o el feto	Cualitativa Ordinal	Patologías
	Planificación pos gestacional	Método de planificación después del parto	Cualitativa Ordinal	
	Planificación del embarazo	Determinación de la previa planificación y deseo del embarazo	Cualitativa Ordinal	Si o no
	Culminación del embarazo	Forma en la que termino la gestación en una mujer	Cualitativa Ordinal	Cesárea Parto Legrado No dato

2.9 Validez

Por medio de la página web del FOSYGA, utilizando los números de cedula. Se debe de tener en cuenta que muchas de las pacientes que consultaron entre el periodo de tiempo 2012 a 2013 en el Hospital San Blas a la fecha actual tienen número de cedula por lo cual no se logró verificación de su documento de identidad.

2.10 Análisis de información

- Elabora base de datos en Microsoft Excel Versión 2010 con la información recolectada de Historias clínicas, CLAP.
- Validación información
- Análisis de artículos científicos con énfasis en mujeres embarazadas entre 15 y 20 años.

2.11 Aspectos éticos

En esta investigación se realizó un análisis de historias clínicas dentro de los parámetros de confidencialidad, no se realizó ningún tipo de interacción con las pacientes. Por esta razón se considera bajo riesgo ya que no utiliza a las personas en sí mismas, no se viola ningún derecho humano con su realización, no se ve irrespetada la persona en su autonomía, su pensamiento; Este estudio busca el beneficio de las comunidades que posteriormente consulten al Hospital San Blas, sin generar implicación alguna sobre las personas que fueron estudiadas en sus historias clínicas y con total confidencialidad.(27).

3. IMPACTO ESPERADO

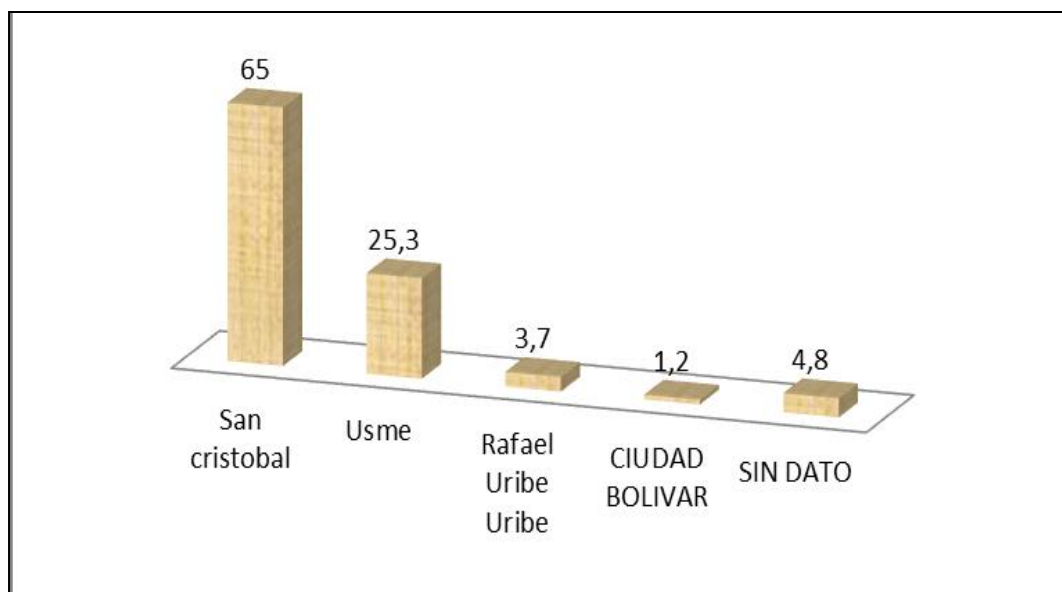
Con este proyecto se espera caracterizar a la población de mujeres embarazadas en el Hospital San Blas que tengan entre 15 y 20 años, buscando así entender cuáles son las posibles causales para presentar embarazos no deseados, evaluar los factores de riesgo de esta población durante su gestación y las complicaciones que presentaron, para poder analizar las políticas públicas ya establecidas para esta población en el Hospital San Blas y de esta manera lograr identificar las posibles aplicaciones que pueden tener frente a la población y su impacto si se aplica de manera adecuada a nivel institucional.

4. RESULTADOS

La población que se estudió fueron mujeres embarazadas entre 15 y 20 años que consultaron al Hospital San Blas en el periodo de tiempo de enero de 2012 a enero de 2013. Se tomó el dato por epidemióloga del número de nacimientos vivos durante este período de tiempo esta institución, de igual manera se realizó un análisis de historias clínicas, con énfasis en el carnet de control prenatal.

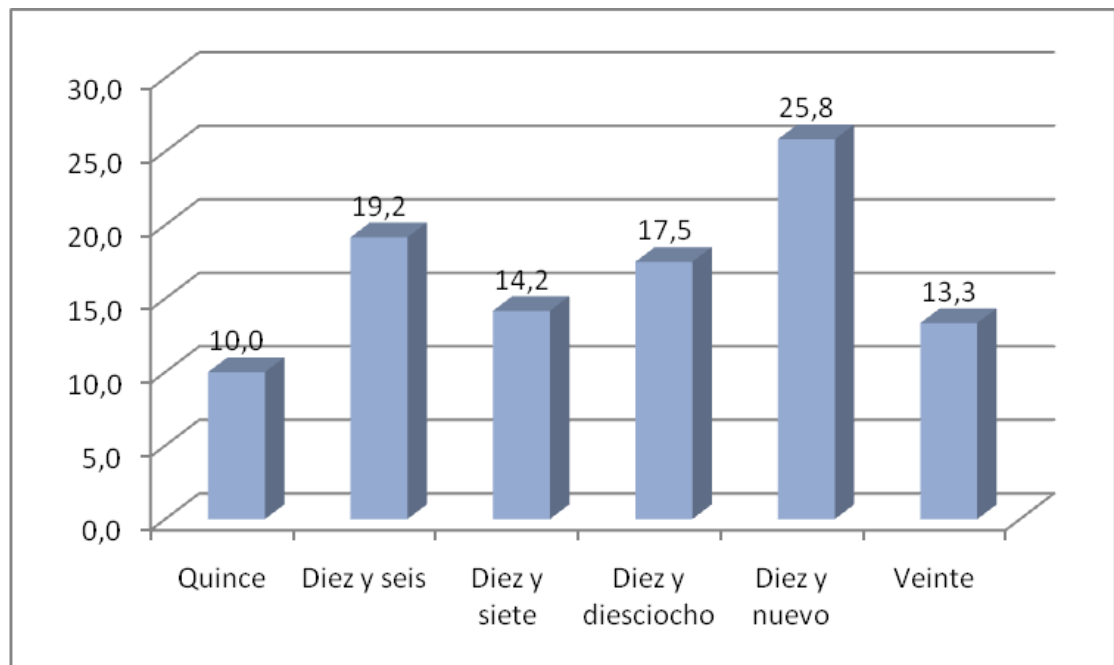
La distribución por localidad nos permite observar que el 59% de las pacientes que se encuentran dentro del estudio residen en la localidad cuarta de San Cristóbal; por otra parte, la localidad de Usme ocupa el segundo lugar con un 23% de pacientes residentes en el territorio; ciudad bolívar ocupa el último lugar con el 2 %, justo después de Rafael Uribe que justo con las historias clínicas no identificadas representan cada uno el 8%. (Ver gráfico 1).

Gráfica 1. Distribución de las localidades anexas a la ESE Hospital San Blas



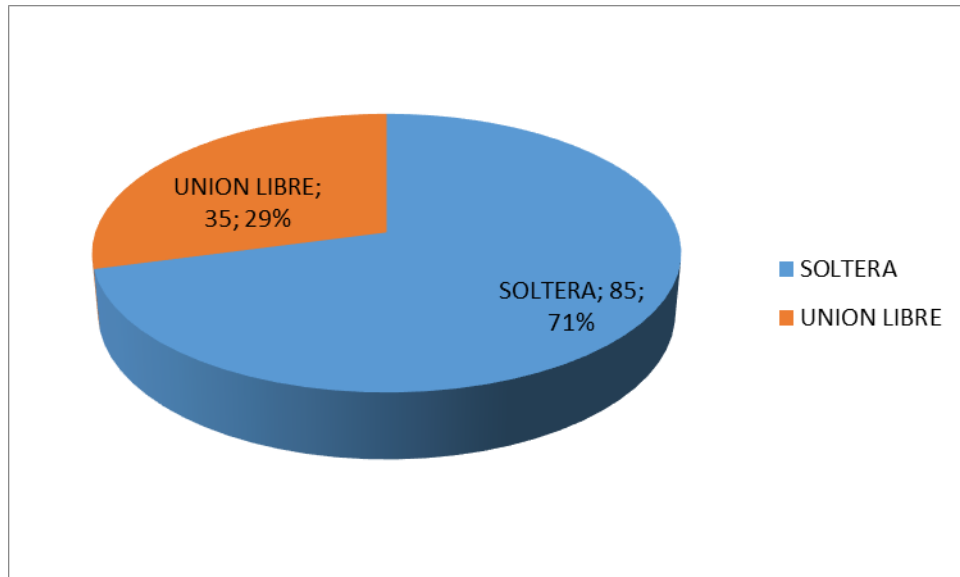
Según la distribución por edades podemos observar que el 10% (n=12) de las poblaciones tiene quince años el cual corresponde al menor porcentaje dentro del estudio de adolescentes embarazadas, el 19.2% (n=23) tiene diez y seis años, el 14.2% (n=17) tiene 17 años, el 17.5% (n=21) tiene diez y ocho años, el 25.8% (n=31) tiene diez y nueve años el cual corresponde al mayor porcentaje de adolescentes embarazadas y posteriormente el 13.3% (n=16) tiene veinte años.

Grafica 2: Distribución de las edades



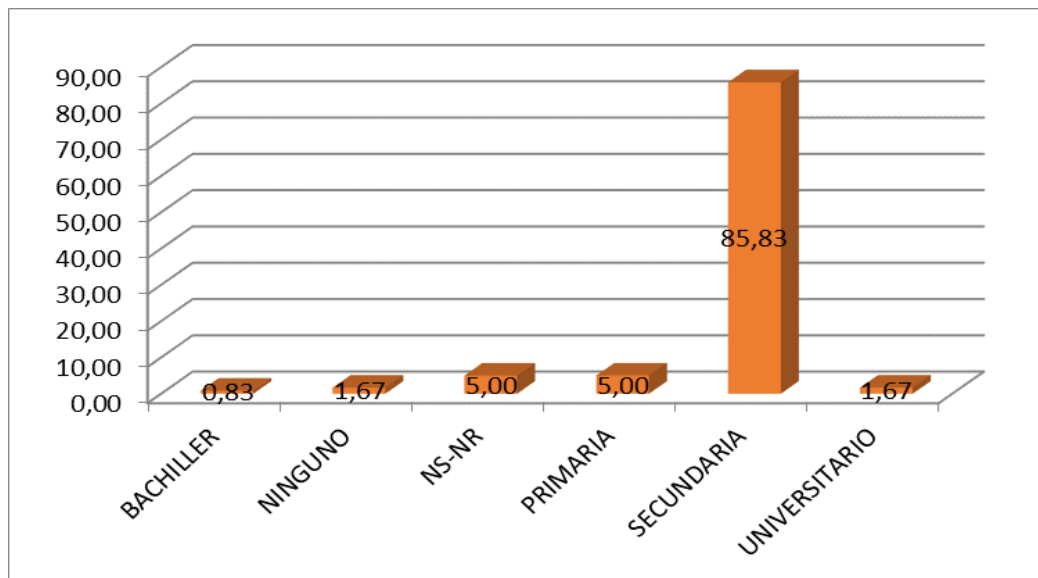
En esta grafica podemos determinar que las adolescentes embarazadas que consultaron al Hospital San Blas entre el año 2012 y 2013, el 29% estaban en unión libre y el 71% eran solteras.

Grafica 3: Distribución de porcentaje de estado civil.



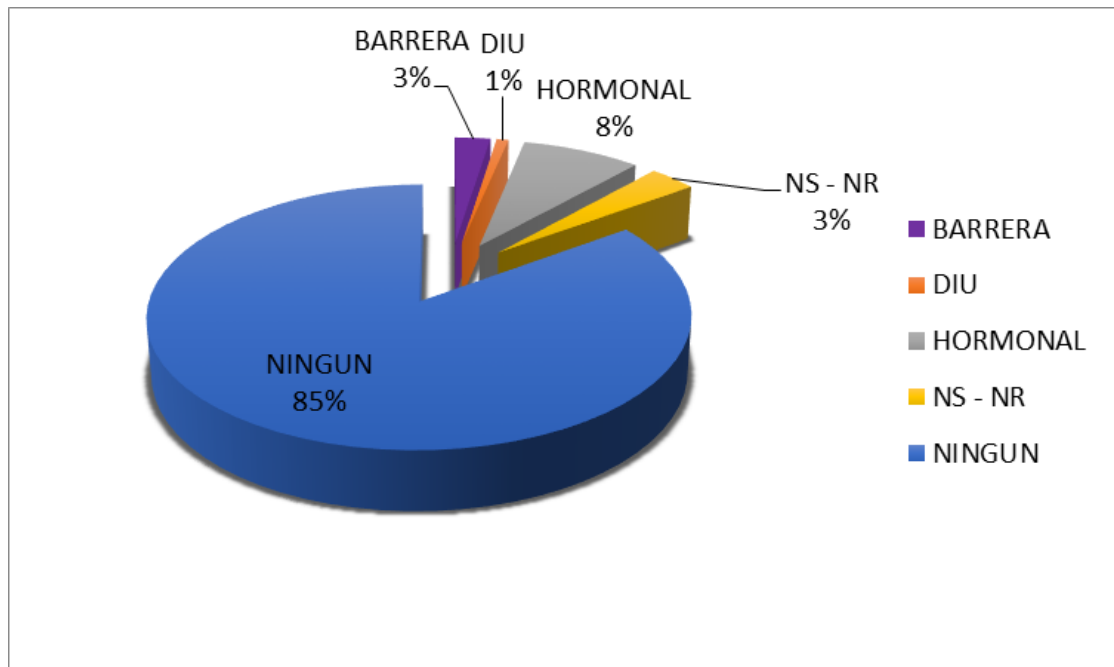
En esta grafica podemos determinar el nivel de formación académica de las adolescentes embarazadas que consultaron entre el año 2012 y 2013 al Hospital San Blas fueron bachilleres el 0.85%, ningún tipo de estudio 1.67% sin dato el 5%, primaria básica el 5%, secundaria básica el 85.83% y a nivel universitario el 1.67%.

Grafica 4: Distribución de porcentaje de nivel académico.



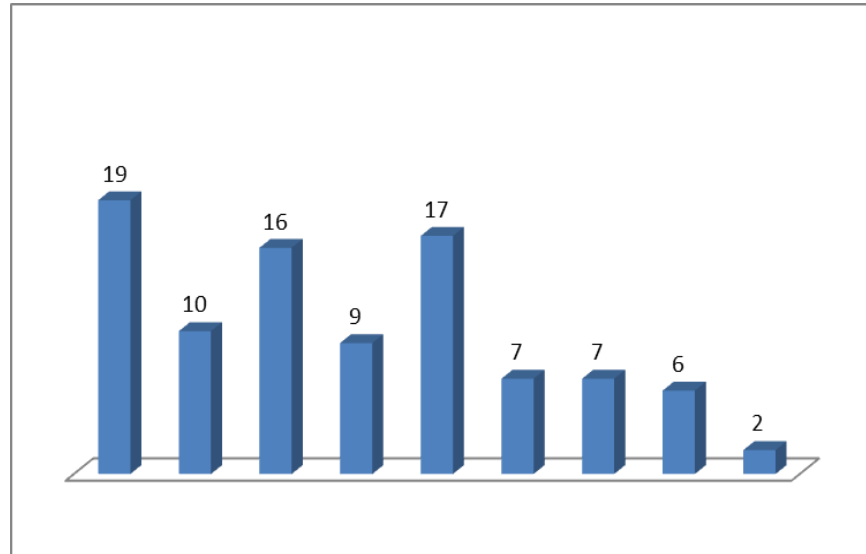
En esta grafica podemos observar que el 85% de la población no utiliza ningún método de planificación, el 8% utiliza método de planificación hormonal, el 3% utiliza método de barrera y el 3% de la población analizada no tenía dato, por último, el 1% de la población utilizada método de planificación como el dispositivo intrauterino (DIU)

Grafica 5: Distribución de porcentaje de método de planificación pre concepción.



En esta grafica observamos que el porcentaje de controles prenatales fue de ningún control prenatal que corresponde al 19.1%, un control 10%, dos 15.8%, tres 9.1%, cuatro 16.6%, cinco 6.6%, seis 6.6%, siete 5.8% y ocho controles prenatales con un porcentaje de 1.6%.

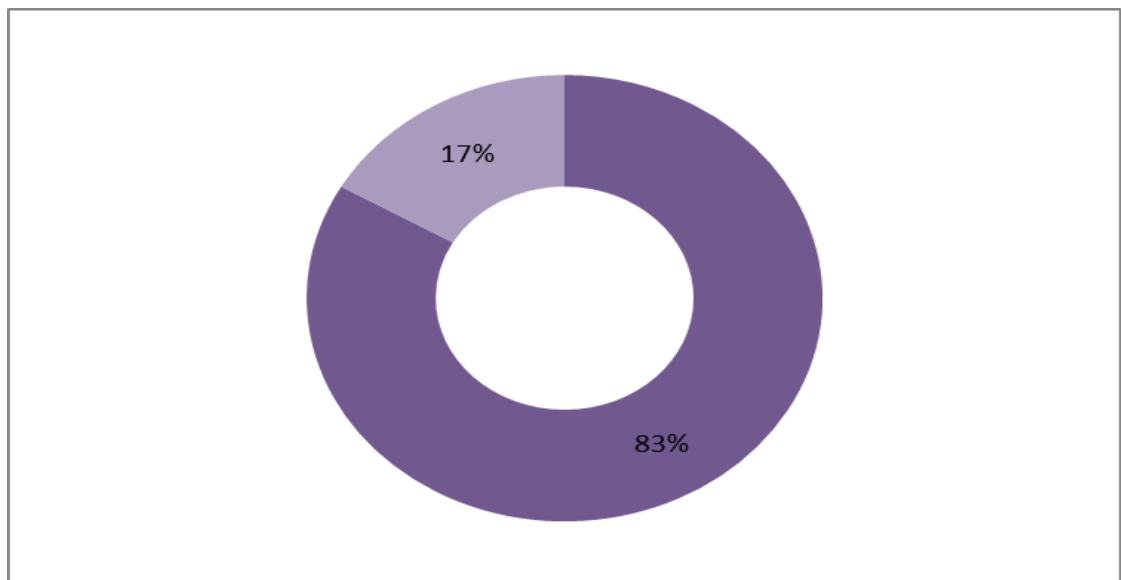
Grafica 5: Distribución de porcentaje de controles prenatales.



0 1 2 3 4 5 6 7 8

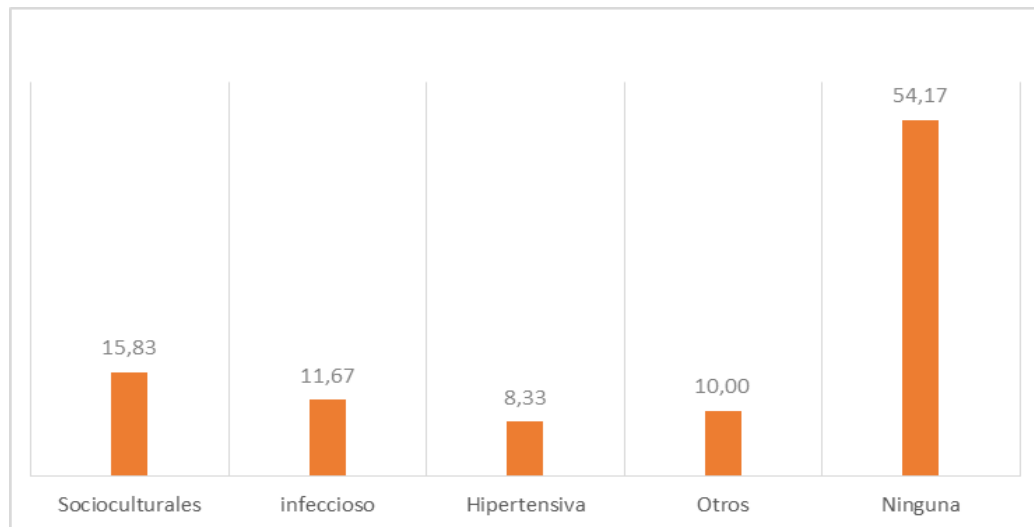
En esta grafica determinamos que la planificación de embarazo fue de 17% como deseado y no planeado el 83%.

Grafica 9: Distribución de porcentaje de planeación del embarazo.



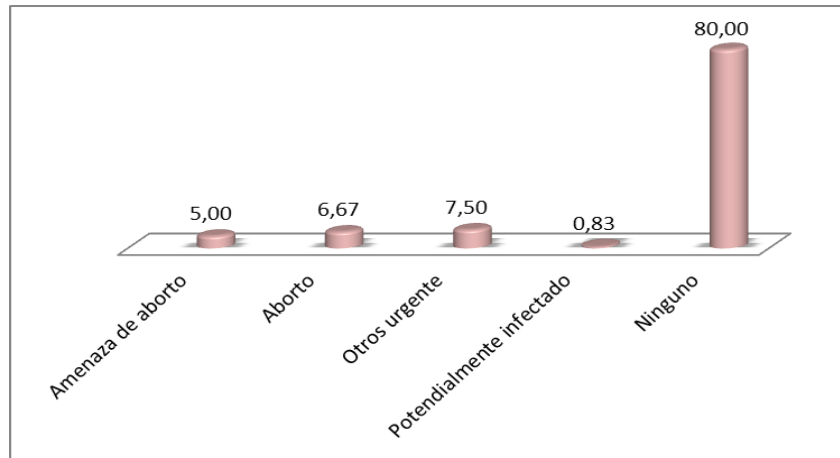
En esta grafica podemos determinar que el 54.17% no tuvo ninguna complicación perinatal, el 15% tuvo complicaciones socioculturales, el 11,67% procesos infecciosos, el 6,33% patología hipertensiva y el otros el 10% patologías asociadas.

Grafica 6: Distribución de porcentaje de antecedentes perinatales.



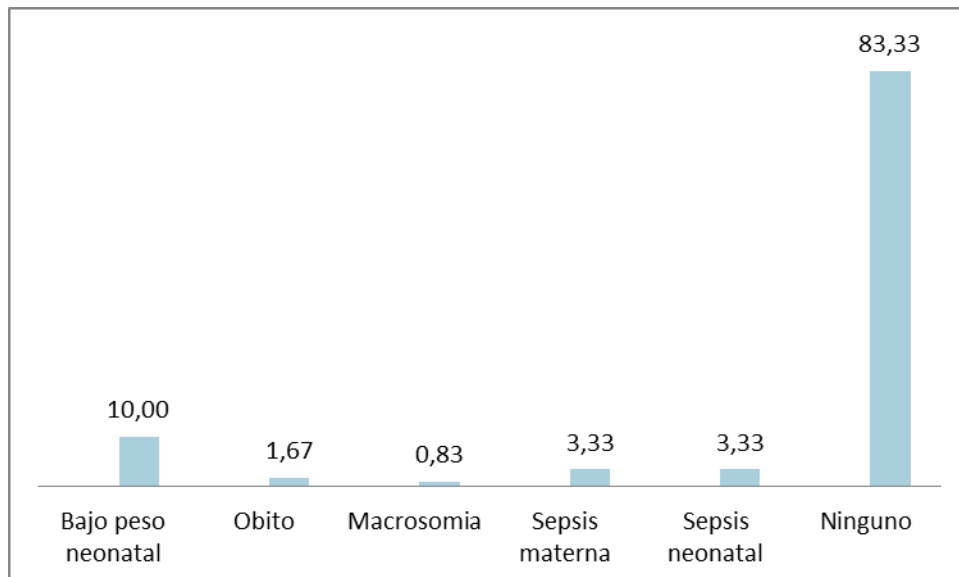
En esta grafica podemos observar que el 5% de la población presento amenaza de aborto, en 6.6% presento abortos, el 7.5% requirió cesárea de urgencia, el 0,83% fue potencialmente infectado y el 80% no presentó ninguna complicación.

Grafica 7: Distribución de porcentaje de complicaciones.



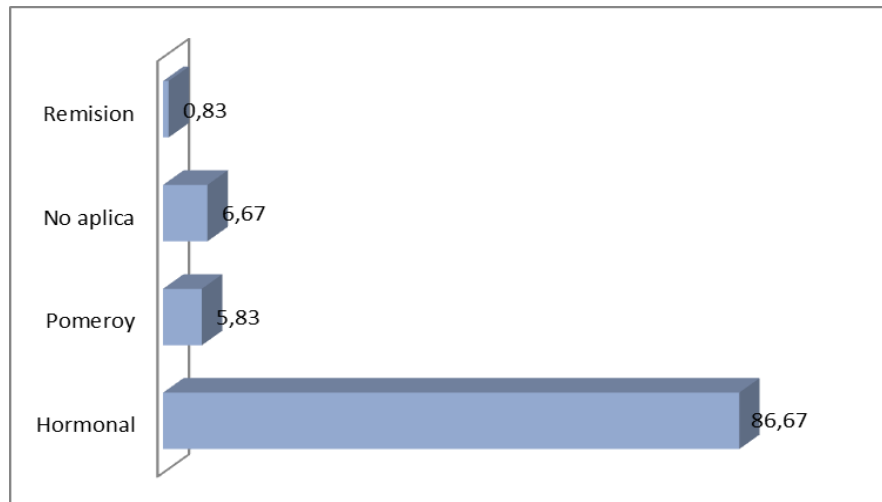
Se evidencia en la siguiente grafica se evidencian las patologías posteriores al parto el 10% presento bajo peso neonatal, el 1.6% fue obito, el 0.83% macrosomia fetal. El 3.33% fue sepsis materna al igual que sepsis neonatal y el 83.3% no presento ninguna.

Grafica 8: Distribución de porcentaje de patologías materno/neonatales.



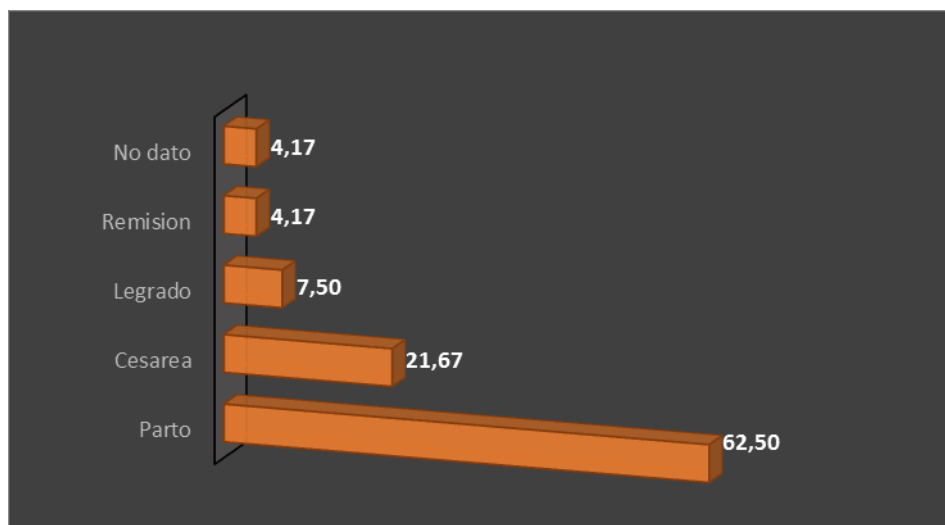
En esta grafica determinamos que el porcentaje de planificación pos gestación fue hormonal 86.6%, ligadura de trompas 5.83%, no aplica 6.6% y remisión 0.83%.

Grafica 9: Distribución de porcentaje de planificación post parto.



En esta grafica podemos determinar que la culminación de la gestación el 62.5% fue parto, el 21.6% cesárea, el 7.5% legrado, remisión 4.17% y no dato el 4.17%.

Grafica 10: Distribución de porcentaje de culminación de la gestación.



5. DISCUSION

Teniendo en cuenta los datos que se obtuvieron en esta investigación, podemos concluir que las mujeres entre 15 y 20 años embarazadas, se pueden categorizar hasta los 19 años como adolescentes.(5). Dentro de los resultados que se obtuvieron la localidad con más población embarazada fue San Cristóbal con un porcentaje del 65%, seguido por Usme con un 25.3%, esto puede tener explicación ya que el Hospital se encuentra ubicado en la localidad de San Cristóbal, por lo cual será mayor el número de consulta por localización demográfica; en encuestas realizadas por el DANE en el año 2014 mes de enero y junio el número de nacidos vivos en mujeres de 15 a 19 años fue de 752 para la localidad de San Cristóbal (1); Ahora se puede determinar que el número de adolescentes ha disminuido según estadísticas de este mismo estudio, pero no con el impacto esperado, esto se puede deber al enfoque educativo que se brinda por parte del núcleo familiar, las entidades educativas o por las instituciones públicas donde estas adolescentes tienen contacto.

La edad también es un factor fundamental dentro del estudio en general el año 2012 reporto con cifras obtenidas por el DANE el número de mujeres entre 15 y 19 años embarazadas fue de 19.022 y para el año 2014 el número fue de 8.276 lo cual se puede considerar como una reducción significativa,(1) demostrando así la eficacia de las estrategias implementadas por las entidades de publicas y de salud para esta población; Dentro del estudio la media poblacional con respecto a la edad fueron las mujeres de 19 años con un 25.8%, seguido por las que tenían 16 años con un 19.2%, esto indica que la mayor población dentro del estudio tenía 19 años lo cual es importante ya que aunque a esta edad se le considere aun como adolescente, es la cifra más cercana a la edad adulta, las mujeres de 16 años también presentaron una incidencia alta con respecto a los demás grupos de edad estudiados. Los dos grupos de edades corresponde a adolescente que según la

OMS se clasifican en adolescencia tardía (5), según la encuesta realizada por el DANE en el año 2014, se obtuvieron resultados demostrando que dentro de este grupo poblacional es más alta la incidencia de embarazos en mujeres entre 18 y 19 años con un 58%, seguidas por las de 15 a 17 años con un 40%,(1) esto es congruente con las cifras obtenidas en este estudio, determinando así que la población que más se embaraza es la de 18 años en el Hospital San Blas.

Con los resultados obtenidos determinamos que el 71% de las adolescentes se encuentra soltera y que el 29% está en unión libre; En la encuesta realizada por el DANE en el año 2014, se evidencio que en una población de adolescentes entre 10 a 19 años, el 37,8% se encuentran soltera y el 62% está casada o en unión libre.(1) es de vital importancia estas cifras ya que muestran la variabilidad dentro de los periodos de tiempo, ya que en este estudio es mayor el número de adolescente solteras, este tema tiene varias connotaciones teniendo en cuenta que disminuye el riesgo de presentar nuevos embarazos, pero puede aumentar los riesgos para el neonato o la madre por razones ya sean socioeconómicas o afectivas; el grupo de mujeres que se encuentra en unión libre o casadas el riesgo de presentar nuevos embarazos es mayor, por lo cual se debe implementar medidas de planificación familiar que impacten al núcleo familiar; este tipo de uniones pueden deberse a situaciones diversas como desintegración del núcleo familiar de la adolescente, dificultades socioeconómicas.

Las mujeres embarazadas solo el 85,8% tiene estudios de básica primaria, el 5% de esta población tiene solo estudios de primaria básica, el 0,83% culmino con sus estudios básicos como bachiller y que el 1,67% de la población en estudio son universitarias, con estos datos podemos concluir que estas adolescentes tienen pobre formación académica y por esta razón es muy probable que no se tengan conocimientos adecuados sobre planificación familiar, teniendo en cuenta

adecuados métodos de planificación. En encuestas realizadas por el DANE en el año 2014, las adolescentes que cursaron sus estudios de primaria, secundario o lograron llegar a ser bachilleres correspondió a un 91%, (1) lo cual es un porcentaje que evidencia alto factor de riesgo en la medida que el nivel académico sea menor; En comparación con los resultados obtenidos el mayor número también se concentró en aquellas mujeres adolescentes que tenían los estudios secundarios y solo el 1.67% de la población estudiada logro ingresar a la educación superior.

También con esta información se evidencia que las adolescentes no terminan su educación básica secundaria probablemente por su embarazo al cual si se le añaden otro factores podremos deducir que la falta de recursos económicos y el nivel de pobreza sobre la población es elevado lo cual aumenta el índice de deserción estudiantil, esto pasa posiblemente en aquellas que están cursando sus estudios de básica secundaria; Aquellas adolescentes que solo cuentan con los estudios de básica primaria se encuentran dentro de un grupo poblacional aun más vulnerable ya que su nivel de atención y comprensión les dificultad comprender y aceptar la importancia de la planificación familiar, de igual manera tienen mayor vulnerabilidad ya que tienen mayor riesgo de inicio de vida sexual a temprana edad y por ende mayor reincidencia de presentar nuevos embarazos y ser más propensas a sufrir de enfermedades de transmisión sexual en el transcurso de su adolescencia, todo esto se puede magnificar si la adolescente no tiene ningún nivel académico; solo el 0,83% logra culminar los estudios de bachiller lo cual es muy preocupante ya que es el porcentaje más bajo entre todos los estudiados y el 1,67% de la población puede acceder a la educación superior universitaria, lo cual es un porcentaje bajo para una población que necesita la formación académica para lograr tener un adecuado medio de sustento.

La planeación del embarazo obtuvo resultados con los cuales se pudo determinar que el 83% de las adolescentes estudiadas no deseaba quedar en embarazo y que el 17% de la población planeo el embarazo con lo cual se puede determinar que los embarazos no deseados tienen el mayor porcentaje en las adolescentes embarazadas y esto se puede deber a diferentes factores tales como inicio de relaciones sexuales a temprana edad, desconocimiento de métodos de planificación, pobre estado socio-afectivo, pobre red de apoyo. (3) Las mujeres no desean los embarazos pero no utilizan métodos de planificación y es una conducta que se puede ver en las poblaciones mayores de 14 años donde el método de planificación más utilizado es el coito interrumpido el cual genera altos índices de embarazo y no se considera como método de planificación efectivo.(25).

Dentro de los resultados que se obtuvieron el 85% de la población no utilizaba ningún método de planificación, el 8% utilizo algún método de planificación familiar y el 3% utilizo métodos de barrera; según el informe de profamilia para el año 2013 el método de planificación más usado por la población de mujeres en general fue el implanon, posteriormente en el año 2014 aumento su uso, (9) esto se puede deber a que los métodos hormonales tienen barreras en la población joven ya que requieren de una constancia en su administración, aunque el número de adolescentes que no planifica sigue siendo alto.(19).

Los resultados que se obtuvieron determinan que las gestantes adolescentes que tienen alto riesgo social por falta de controles prenatales o por disminución en el número de los mismos, es alto para aquellas que no se realizaron ningún control prenatal con un 19.1%, un control prenatal con 10%, dos controles 15.8% y tres controles prenatales el 9.1%, con esto se puede diferir que el 54.17% de la población estudiada no se realiza el número de controles prenatales adecuados

para tener un desarrollo normal del embarazo. El 16.6 % se realizó cuatro controles, el 6.6% se realizó cinco controles, el 6.6 % se realizó seis controles, el 5.8% se realizó siete y solo el 1.6% se realizó ocho controles prenatales. Las mujeres embarazadas que no se realizaron ningún control prenatal, son consideradas como alto riesgo ya que los controles prenatales son los encargados de verificar el bienestar materno y fetal (7), por tal razón aquellas que durante el transcurso del embarazo no tuvieron así sea un control prenatal por trimestre con los paraclínicos correspondientes, tienen mayor riesgo de presentar complicaciones como infecciones, patologías hipertensivas, amenazas de aborto o parto pretermo; Adicionalmente en estas gestantes los factores psicosociales determinan un papel fundamental en el bienestar materno fetal ya que la salud emocional puede intervenir de manera benéfica o no en el binomio.

En este estudio la mayoría de las gestantes eran nulíparas, en encuestas realizadas por el DANE para el año 2014 mes de enero a junio, las mujeres entre 15 y 17 años que ya habían tenido un hijo fue de 40% y las que tienen 18 a 19 años fue de un 58%; (1); con esto se puede concluir que las mujeres adolescentes con mayor edad son las que tiene mayor incidencia de embarazos.

Con los resultados que se obtuvieron podemos determinar que el 54.1% no tuvo ningún antecedente, el 15.8% tuvo antecedente prenatal de tipo sociocultural en los cuales se tenía pobre control prenatal y alto riesgo obstétrico biopsicosocial, el 11.6% antecedente infeccioso, el 8.3% antecedente de enfermedad hipertensiva y el 10% otras patologías; con esto podemos concluir que el mayor antecedente prenatal es el de tipo psicosocial, seguido por las infecciones perinatales las cuales son de importancia por el alto riesgo de sepsis materna o neonatal y el porcentaje con menos porcentaje fue el de enfermedades hipertensivas y otros. Es de gran utilidad tener en cuenta los antecedentes perinatales ya que ayudan a

determinar el bienestar materno fetal y las posibles patologías con las que puede cursar en el transcurso del embarazo y así darles manejo según lo requieran. (7) aproximadamente en 50% de las pacientes en el Hospital San Blas II Nivel, no presentaron ninguna complicación, pero el 50% restante presentaron diferentes patologías relacionadas con el embarazo las cuales se manejaron según indicación médica.

Dentro del estudio se pudo determinar que las complicaciones que presentó el grupo en estudio fue 80% para aquellas que no presentaron ninguna complicación, el 7.5% requirió cesárea de urgencia ya que se presentaron meconio grado III, estado fetal insatisfactoria, detención del trabajo de parto, el 6.67% de la población presentó aborto ya sea espontáneos, sépticos, retenidos, el 5% tuvo amenaza de parto pretermo y el 0.83% fue recién nacido potencialmente infectado. Estas fueron las patologías más frecuentes que se presentaron al momento del trabajo de parto, es comparación con estudios anteriores se puede determinar que las complicaciones dentro del trabajo de parto varían y que se debe tomar con mucho valor los factores de riesgo adicionales como las patologías que curso durante su gestación completa.(2). A menor edad se hace mayor la posibilidad de presentar complicaciones, esto mismo ocurre al momento de factores psicosociales poco amables con la gestante.

Después del parto el 86.6% decidió planificar con inyección trimestral mientras decidía un método de planificación definitivo, el 5.8% se realizó ligadura de trompas este grupo constaba de madres multíparas adolescentes, el 6,6% no se conoce dato y el 0.8% requirió remisión para un hospital donde se tuviese unidad de alto riesgo obstétrico. La mayoría de las adolescentes gestantes no saben después del parto que tipo de planificación elegir, por esta razón es de vital importancia analizar que durante la consulta prenatal se oriente a la gestante de

los tipos de planificación, (9) el cual debe de realizarse previo al inicio del trabajo de parto y teniendo en cuenta la individualidad del paciente.

Las adolescentes que culminaron su trabajo de parto en parto vaginal fue de un 62.5%, las que requirieron cesárea ya sea por detención del trabajo de parto, estado fetal insatisfactorio, presentación podálica o Cesárea anterior fue del 21.6% aquellas que requirieron legrado fue el 7,5%, solo el 4.1% requirió remisión y no hay dato del 4,1%. Es importante tener en cuenta que el parto vaginal corresponde a más de la mitad de la población, pero aquellas mujeres que requirieron cesárea

6. CONCLUSIONES

- La población adolescente no planifica a pesar de las estrategias en salud pública para esta población, por lo cual el número de embarazos no deseados está en aumento, especialmente en población de mujeres entre 18 y 19 años.
- A menor nivel académico mayor riesgo de presentar embarazos y complicaciones durante su desarrollo.
- El control prenatal busca garantizar el bienestar materno y fetal.
- Las actuales estrategias en salud han tenido un adecuado impacto sobre la población han disminuido el número de mujeres entre 15 y 20 años embarazadas en comparación al 2014 (1).

7. RECOMENDACIONES

- Las mujeres entre 15 y 20 años la cual está expuesta a diversos factores de riesgo, aun estando en proceso de cambio hacia la edad adulta, es por esta razón que se debe incentivar a este grupo población al autocuidado, a la proyección de planes a futuro y la autorrealización propia.
- Las gestantes adolescentes deben reconocer la importancia de cuidar el embarazo con los controles prenatales, por lo cual es importante que se verifique y explique a la paciente y al familiar e compromiso con la gestación para de esta manera incentivar la red de apoyo.
- El personal de salud debe de tener claras las estrategias establecidas para este tipo de población, con el fin de que se velen por los derechos y deberes, brindando así los mejores servicios en salud.

8. CRONOGRAMA

Tabla 3. Cronología de actividades primer semestre 2015

DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES 2015	ABRIL				MAYO				JUNIO			
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Asesorías metodológicas												
Análisis poblacional					X	X	x	X				
Selección												
Recolección de datos												
Análisis de resultados												
Conclusiones												

Tabla 4. Cronología de actividades segundo semestre 2015

DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES 2015	AGOSTO				SEPTIEMBRE				OCTUBRE			
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Asesorías metodológicas	X	X	X	X		X	X			X	X	X
Análisis poblacional					X	x	x	X				
Selección									X			
Recolección de datos												
Análisis de resultados												

Tabla 5. Cronología de actividades primer semestre 2016

DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES 2016	FEBREO				MARZO				ABRIL			
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Asesorías metodológicas	X	X	X	X		X	X			X	X	X
Análisis poblacional					X	x	x	X				
Selección									X			
Análisis historias clínicas					x	x	X					
Análisis de resultados								X	X	X	X	X
Conclusiones										X	X	X

9. ASPECTOS FINANCIEROS

Tabla 6: Costo del proyecto

DESCRIPCION	JUSTIFICACIÓN	\$PESOS
PERSONAL		0
EQUIPOS	Computador	\$ 50.000
MATERIALES E INSUMOS	Hojas en las cuales se puedan realizar las encuestas y papelería adicional	\$450.000
SALIDAS DE CAMPO	Transportes y alimentación	\$300.000
BIBLIOGRAFIA-DOCUMENTACIÓN	Impresión de documentación	\$100.000
SOFTWARE		0
PUBLICACION		0
OTROS (DISCRIMINAR)		
TOTAL:		\$800.000

Costo Total Del Proyecto:	\$800.000
Duración de la investigación: (en meses)	18

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Revista ib virtual::: [Internet]. Dane.gov.co. 2016 [cited 25 April 2016]. Available from: http://www.dane.gov.co/revista_ib/html_r8/articulo1.html
2. Urbina CPacheco J. EMBARAZO EN ADOLESCENTES. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia [Internet]. 2015 [cited 25 April 2016];52(2):118-123. Available from: <http://108.163.168.202/web/revista/index.php/RPGO/article/view/341/313>
3. Valdés Dacal S, Essien J, Bardales Mitac J, Saavedra Moredo D, Bardales Mitac E. Embarazo en la adolescencia: Incidencia, riesgos y complicaciones. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología [Internet]. 2002 [cited 25 April 2016];28(2):0-0. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2002000200004
4. Alarcón Argota R, Coello Larrea J, Cabrera García J, Monier Despeine G. Factores que influyen en el embarazo en la adolescencia. Revista Cubana de Enfermería [Internet]. 2009 [cited 25 April 2016];25(1-2):0-0. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-03192009000100007&script=sci_arttext
5. OMS | El embarazo en la adolescencia [Internet]. Who.int. 2016 [cited 25 April 2016]. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs364/es/>
6. ASALE R. adolescencia [Internet]. Diccionario de la lengua española. 2016 [cited 25 April 2016]. Available from <http://dle.rae.es/?id=0nrQ4BH>
7. Cancino, MD. E, León, MD. ESE El Tunal H, Otálora, MD. ESE Suba R. Guía de control prenatal y factores de riesgo. Asociación Bogotana de Obstetricia y Ginecología (Asbog) [Internet]. 2016 [cited 25 April 2016];.

Available from:

<http://www.saludcapital.gov.co/DDS/Publicaciones/GUIA%201.%20%20CONTROL%20PRENATAL%20Y%20FACTORES%20DE%20RIESGO.pdf>

8. Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) [Internet]. Dane.gov.co. 2016 [cited 25 April 2016]. Available from: <http://www.dane.gov.co/index.php/esp/component/content/article/118-demograficas/estadisticas-vitales/2864-nacimientos-2012-preliminar>
9. Alvarez V. ENCUESTA NACIONAL DE DEMOGRAFÍA Y SALUD ENDS. Ministerio de Salud y Protección Social Dirección de Epidemiología y Demografía [Internet]. 2013 [cited 24 April 2016];. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/Victor%20Hugo%20Alvarez.pdf>
10. Kirchner, D. and González García, D. (2004). Guía para el diagnóstico. [online] DIRECCIÓN NACIONAL DE SALUD MATERNO INFANTIL. Available at: http://www.gfmer.ch/Educacion_medica_Es/Pdf/Guia_tratamiento_hipertension_embarazo.pdf [Accessed 8 Apr. 2016].
11. Eduardo Sepúlveda, S., Fátima Crispi, B., Andrés Pons, G. and Eduard Gratacos, S. (2014). Restricción de crecimiento intrauterino. Revista Médica Clínica Las Condes, 25(6), pp.958-963.
12. Drebes Pedron, C., de Lourenzi Bonilha, A., Cordova do Espirito Santo, L., Bello Porciuncula, M., Gonçalves dos Santos Pedroso, A. and Santos da Silva, L. (2013). Prematuridad tardía. Revista Cubana de Enfermería, [online] 29(3), pp.170-181. Available at:
13. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192013000300003 [Accessed 25 Apr. 2016].
14. López, J., Lugones Botell, M., Valdespino Pineda, L. and Virella Blanco, J. (2004). Algunos factores maternos relacionados con el bajo peso al nacer. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología, [online] 30(1), pp.0-0.

Available at: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2004000100001 [Accessed 25 Apr. 2016].

15. Andrés Pons G, Eduardo Sepúlveda S, Juan Luis Leiva B, Gustavo Rencoret P, Alfredo Germain A. Muerte fetal. *Revista Médica Clínica Las Condes*. 2014;25(6):908-916.
16. Fernández Garrote L, Llanes Fernández L, Llanes Llanes E. Reflexiones sobre la ética en la investigación clínica y epidemiológica. *Revista Cubana de Salud Pública* [Internet]. 2004 [cited 27 April 2016];30(3):0-0. Available from:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-34662004000300011&script=sci_arttext
17. Penchaszadeh V. Ética de las investigaciones biomédicas en poblaciones humanas. *Revista Cubana de Salud Pública* [Internet]. 2002 [cited 27 April 2016];28(2):149-156. Available from:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662002000200005
18. Salazar-Arango A, Acosta-Murcia M, Lozano-Restrepo N, Quintero-Camacho M. CONSECUENCIAS DEL EMBARAZO ADOLESCENTE EN EL ESTADO CIVIL DE LA MADRE JOVEN: ESTUDIO PILOTO EN BOGOTÁ, COLOMBIA. *Persona y Bioética* [Internet]. 2008 [cited 29 April 2016];12(2):169-182. Available from:
http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0123-31222008000200008&script=sci_arttext&tlng=en
19. Ramos Rodríguez N. Embarazo en adolescentes, problema de salud pública creciente en Colombia. *Sociedad Colombiana de Pediatría* [Internet]. 2013 [cited 29 April 2016];. Available from:
<https://scp.com.co/embarazo-en-adolescentes-problema-de-salud-publica-creciente-en-colombia/>
20. ASALE R. mujer [Internet]. *Diccionario de la lengua española*. 2016 [cited 29 April 2016]. Available from: <http://dle.rae.es/?id=Q1vMnRp>

21. Ardila Delgado Arango Corrales S. EL EMBARAZO EN ADOLESCENTES. ESTRATEGIA PARA LA PREVENCIÓN DEL EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA Y LA PROMOCIÓN DE PROYECTOS DE VIDA PARA LOS NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES EN EDADES ENTRE 6 Y 19 AÑOS [Internet]. 2014 [cited 29 April 2016];(147). Available from: <http://www.equidadmujer.gov.co/Documents/Estrategia-prevencion-embarazo-adolescencia.pdf>
22. Desarrollo fetal [Internet]. University of Maryland Medical Center. 2016 [cited 30 April 2016]. Available from: <http://umm.edu/health/medical/spanishency/articles/desarrollo-fetal>
23. Ulanowicz M, Parra K, Wendler G. Riesgos en el embarazo adolescente [Internet]. Med.unne.edu.ar. 2016 [cited 30 April 2016]. Available from: http://www.med.unne.edu.ar/revista/revista153/4_153.htm
24. Díaz A, Sanhueza R P, Yaksic B N. RIESGOS OBSTETRICOS EN EL EMBARAZO ADOLESCENTE: ESTUDIO COMPARATIVO DE RESULTADOS OBSTETRICOS Y PERINATALES CON PACIENTES EMBARAZADAS ADULTAS. Rev chil obstet ginecol. 2002;67(6).
25. Valdés Dacal S, Essien J, Bardales Mitac J, Saavedra Moredo D, Bardales Mitac E. Embarazo en la adolescencia: Incidencia, riesgos y complicaciones. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología [Internet]. 2002 [cited 30 April 2016];28(2):0-0. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2002000200004
26. Health Library - Women's Health - Women's Health Clinic - Obstetrics & Gynecology OBGYN - Shreveport - Louisiana - A Part of the Willis-Knighton Physician Network [Internet]. Whc-shreveport.com. 2016 [cited 30 April 2016]. Available from: <http://www.whc-shreveport.com/Womens-Health-Information/Education.aspx?chunkiid=577589>

27. Villanueva Egan L, Contreras Gutiérrez A, Cuevas M. Perfil epidemiológico del parto prematuro. Ginecología y Obstetricia de México [Internet]. 2008 [cited 30 April 2016];76(9). Available from: <http://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2008/gom089h.pdf>
28. Bustamante R. JDelgado E. ENCUESTA NACIONAL DE CALIDAD DE VIDA 2012. [Internet]. 2016 [cited 30 April 2016];. Available from: http://www.dane.gov.co/files/investigaciones/condiciones_vida/calidad_vida/Boletin_Prensa_ECV_2012.pdf
29. Abdool K, Raymond A, Ashcroft R. PAUTAS ÉTICAS INTERNACIONALES [Internet]. Cioms.ch. 2016 [cited 30 April 2016]. Available from: http://www.cioms.ch/publications/guidelines/pautas_eticas_internacionales.htm
30. UNFPA República Dominicana -- Realizan en la Provincia de San Cristóbal, el 1er Seminario Provincial con Medios de Comunicación sobre Salud Sexual y Reproductiva. [Internet]. Countryoffice.unfpa.org. 2016 [cited 30 April 2016]. Available from: http://countryoffice.unfpa.org/dominicanrepublic/2014/09/23/10586/realizan_en_la_provincia_de_san_cristobal
31. Información sobre el embarazo adolescente en Colombia [Internet]. Sura.com. 2016 [cited 30 April 2016]. Available from: <http://www.sura.com/blogs/calidad-de-vida/embarazo-adolescente.aspx>
32. Madres adolescentes en Bogotá - Una serie de artículos de BogotaMiCiudad.com [Internet]. Bogotamiciudad.com. 2016 [cited 30 April 2016]. Available from: http://www.bogotamiciudad.com/Bogota/Articulos/MadresAdolescentes/MadresAdolescentes_p1.aspx
33. Colombia M. Páginas - Prevención del embarazo adolescente [Internet]. Minsalud.gov.co. 2016 [cited 30 April 2016]. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/Embarazo-adolescente.aspx>
34. Colombia M. Páginas - Prevención del embarazo adolescente [Internet]. Minsalud.gov.co. 2016 [cited 30 April 2016]. Available from:

<https://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/Embarazo-adolescente.aspx>. Fondo de Población de las Naciones Unidas –UNFPA– Colombia [Internet]. 2007 [cited 30 April 2016];(segunda). Available from: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/Modelo-de-servicios-de-salud-amigables-para-adolescentes-y-jovenes.pdf>

35. El Programa Nacional de Salud Integral en la Adolescencia apuesta a la calidad de los servicios [Internet]. Paho.org. 2016 [cited 30 April 2016]. Available from: http://www.paho.org/arg/index.php?option=com_content&view=article&id=170%3Ael-programa-nacional-salud-integral-adolescencia-apuesta-calidad-servicios&catid=331%3Aarg01-desarrollo-de-politicassistemas-y-servicios&Itemid=508