

Caracterización clínica, epidemiológica y psicosocial de las madres gestantes
adolescentes atendidas en el Hospital Militar Central de Bogotá, Colombia,
entre enero de 2009 a enero de 2012

Maria Carolina Castillo Flórez
Liliana Pachón Vivas

Universidad Militar Nueva Granada
Facultad de Medicina – Hospital Militar Central
Departamento de Ginecología y Obstetricia
Bogotá, Colombia
Noviembre de 2012

Caracterización clínica, epidemiológica y psicosocial de las madres gestantes
adolescentes atendidas en el Hospital Militar Central de Bogotá, Colombia,
entre enero de 2009 a enero de 2012

Maria Carolina Castillo Flórez
Liliana Pachón Vivas

Trabajo de Investigación

Giovanni Abril
Especialista en Ginecología y Obstetricia
Rosa Helena Flórez Mosquera
Medica Magister en Salud Pública

Universidad Militar Nueva Granada
Facultad de Medicina – Hospital Militar Central
Departamento de Ginecología y Obstetricia
Bogotá, Colombia
Noviembre de 2012

AUTORES:

1. MARIA CAROLINA CASTILLO FLOREZ
Medica y cirujana, residente de ginecología y obstetricia R III
CELULAR:312 4549693
E-MAIL: caritocarito777@yahoo.com

2. LILIANA PACHON VIVAS
Medica y cirujana, residente de ginecología y obstetricia R III
CELULAR: 320-7276380
E-MAIL: pachonliliana@gmail.com

CONTENIDO

	Pag.
RESUMEN	9
1. MARCO TEÓRICO	
1.1. Adolescencia	10
1.2. Fecundidad	12
1.3. Aspectos Clínicos Asociados al Embarazo en Adolescentes	15
1.4. Resultados Perinatales Adversos Asociados al Embarazo en Adolescentes	16
1.4.1. Parto Pretérmino	16
1.4.2. Bajo Peso al Nacer	16
1.4.3. Otros Riesgos	17
2. IDENTIFICACIÓN Y FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.	
2.1. Pregunta de Investigación.	19
3. JUSTIFICACION.	20
4. OBJETIVOS	
4.1. General.	21
4.2. Específicos	21
5. METODOLOGÍA	
5.1. Criterios de Inclusión	22
5.2. Criterios de Exclusión	22
5.3. Aspectos Éticos	25
6. RESULTADOS Y DISCUSIÓN	27
7. CONCLUSIONES	39
8. RECOMENDACIONES	40
BIBLIOGRAFÍA	41

TABLA DE GRAFICOS

	Pag.
Gráfico 1. Variables que influyen en el nivel de la Fecundidad	12
Grafico 2. Porcentajes de Mujeres entre 15 y 19 años que ha sido madres o están embarazadas	13
Grafico 3. Porcentajes de embarazos adolescentes por nivel de escolaridad	14
Grafico 4. Porcentajes de estudiantes que se desvincularon del sistema educativo porque iban a ser padres/madres	15

TABLA DE CUADROS

	Pag.
Cuadro 1. Edad de las gestantes adolescentes atendidas en el HMC.	27
Cuadro 2. Escolaridad de las adolescentes gestantes de la HMC	28
Cuadro 3. Estrato socioeconómico de las adolescentes gestantes de la HMC	28
Cuadro 4. Estado civil de las adolescentes gestantes de la HMC	28
Cuadro 5. Ocupación de las adolescentes gestantes de la HMC	29
Cuadro 6. Núcleo familiar de las adolescentes gestantes de la HMC	29
Cuadro 7. Características del maltrato recibido por las adolescentes gestantes de la HMC	30
Cuadro 8. Embarazos deseados o no por las adolescentes gestantes de la HMC	30
Cuadro 9. Distribución de controles prenatales de las adolescentes gestantes de la HMC	31
Cuadro 10. Distribución de los antecedentes personales de las adolescentes gestantes de la HMC	31
Cuadro 11, Antecedentes ginecobotetricos de las adolescentes gestantes de la HMC	32
Cuadro 12, Distribucion por grupos de edad de las gestantes adolescentes con gestaciones previas	32
Cuadro 13, Antecedentes familiares de las adolescentes gestantes de la HMC	33
Cuadro 14, Examen físico de las adolescentes gestantes de la HMC	33
Cuadro 15, VDRL. Muestras por trimestres y resultados de las adolescentes gestantes de la HMC	34

Cuadro 16. VIH, muestras por trimestres y resultados de las adolescentes gestantes de la HMC	34
Cuadro 17. Toxoplasma, pruebas y resultados de las adolescentes gestantes de la HMC	35
Cuadro 18. Ecografía obstétrica de las adolescentes gestantes de la HMC	35
Cuadro 19. Distribución de las complicaciones más frecuentes de las adolescentes gestantes de la HMC	36
Cuadro 20. Vía del parto, indicación de cesárea y edad gestacional de las adolescentes gestantes de la HMC	36
Cuadro 21. Distribución de nacimientos en gestantes adolescentes por grupos de edad y tiempo de gestación	37
Cuadro 22. Distribución de nacimientos en gestantes adolescentes por grupos de edad según peso al nacer	38

TABLA DE ANEXOS

	Pag.
Anexo 1. Formulario	43
Anexo 2. Instructivo para diligenciar el formulario	44
Anexo 3. Trayecto de los investigadores	47

RESUMEN

Se presenta un estudio descriptivo retrospectivo a través de una muestra aleatoria sistemática de los aspectos epidemiológicos, psicosociales y clínicos de las adolescentes gestantes atendidas en el Hospital Militar Central (HMC) en el periodo comprendido de Enero de 2009 a Enero de 2012.

Se identificaron, procesaron y analizaron las variables de interés y se realizó un perfil de esta población. En algunos aspectos a nivel psicosocial se identificaron más factores protectores que factores de riesgo y en los aspectos clínicos se identificaron más factores de riesgo.

Incluye productos tales como la descripción de la situación del embarazo adolescente atendido en el Hospital Militar Central en los últimos tres años, puede contribuir a impulsar líneas de investigación para profundizar esta aproximación a este problema de salud pública.

En general el resultado de esta investigación puede ayudar al fortalecimiento de una estrategia para reducir el embarazo de la adolescencia en la población objeto del SSMP, especialmente en el desarrollo de los derechos sexuales y reproductivos de todos los niños, adolescentes y jóvenes incluyendo a los que ya son madres o padres. Puede ser de ayuda para los programas de actualización y educación continua de los profesionales de la salud y la consolidación de la oferta de servicios en salud sexual y reproductiva en aspectos de prevención y reducción de embarazos en la adolescencia.

Con los resultados del estudio se pretende contribuir a reorientar las actividades e intervenciones para mejorar los programas de salud sexual y reproductiva, y apoyar las acciones en la prevención del embarazo en la adolescencia y promoción de sus proyectos de vida.

1. MARCO TEÓRICO

1.1 ADOLESCENCIA

La OMS define como adolescencia al "período de la vida en el cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida la independencia socio – económica" y fija sus límites entre los 10 y 20 años. A su vez subdivide tres grupos: Adolescencia temprana (10 a 13 años), Adolescencia media (14 a 16 años) y Adolescencia tardía (17 a 19 años). (1)

La adolescencia se inicia con la pubertad, con el establecimiento de la característica sexual secundaria y continua hasta que los cambios morfológicos y fisiológicos lleguen a la adultez (cerca al segundo decenio de la vida). Etapa que a su vez se caracteriza por su baja prevalencia de enfermedades crónicas pero con altos riesgos asociados al consumo de drogas, exposición a infecciones de transmisión sexual, embarazo y lesiones accidentales e intencionales (2).

El embarazo en adolescentes es reconocido como un problema social y de salud pública (3), debido a los efectos que pueden presentarse sobre la salud materna y fetal así como las consecuencias sociales y psicológicas que alteran el bienestar integral y los proyectos de vida de los adolescentes.

Se considera que el embarazo en adolescentes tiene un origen multifactorial, el factor social juega el rol mas importante. Citando a Issler, desde el punto de vista social se han identificado claramente aspectos que influyen en una gestacion temprana tales como:

- **Menarquia Temprana:** la cual inicia la madurez reproductiva, aun cuando no se manejen situaciones de riesgo.
- **Inicio Precoz de Relaciones Sexuales:** cuando aun no existe la madurez emocional necesaria para implementar na adecuada prevencion
- **Familia Disfuncional:** uniparenterales o con conductas promiscuas que generan carencias afectivas que la joven no sabe resolver, impulsandola a relaciones sexuales con vínculos de sometimiento para recibir afecto.
- **Mayor tolerancia social**
- **Bajo Nivel educativo**
- **Pobreza o bajo nivel económico**
- **Migraciones Recientes:** con perdida del vinculo familiar Ocorre con el desplazamiento de los jovenes en busca de mejores oportunidades laborales y de estudio
- **Pensamientos mágicos ó mitos:** típicas de esta poblacion, que las llevan a creer que no se embarazaran, que son esteriles,generando un comienzo de relaciones sin anticoncepcion y proteccion.

- **Factores socioculturales:** la evidencia del cambio de costumbres derivado de una nueva libertad sexual, que se da por igual en los diferentes niveles socioeconómico.
- **Inexistencia de un proyecto de vida:** cuando existe prioriza un Nivel educativo y opta por la maternidad en la edad adulta, Usa Métodos de prevención del embarazo.
- **Falta de conocimientos sobre métodos anticonceptivos.** Tener información no es tener conocimiento.
- **Ser hijo de madre adolescente** asociado a factores socioeconómicos limita el acceso a trabajos mejor remunerados y por tanto a proyectos de vida complejos, perpetuando la pobreza,terminando en embarazo adolescente.

El embarazo en adolescentes genera las siguientes consecuencias:

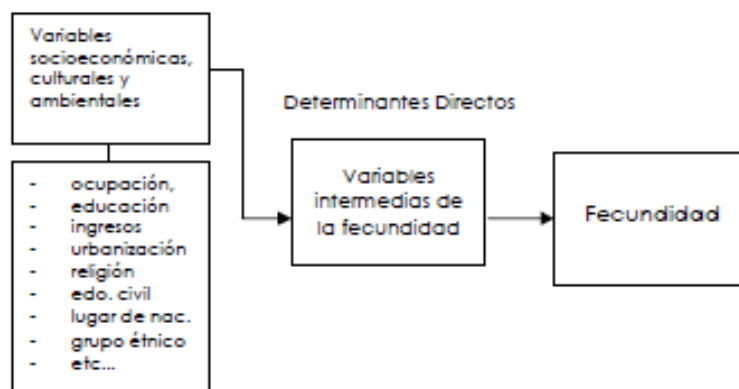
- **El embarazo en adolescentes produce cambios psicológicos** como ansiedad, desesperación, una sensación de no tener salida, fuertes sentimientos de culpa por haber fallado a los padres y a si mismos, presentándose durante el embarazo o el post-parto.
- **Aborto:** Asociado a la alta tasa de embarazos no deseados durante la adolescencia, llevando a que muchos de estos embarazos terminen en abortos ilegales que pueden conllevar graves consecuencias medicas, incluso la muerte.
- **Deserción escolar:** Es frecuente el abandono de los estudios al confirmarse el embarazo o al momento de criar al hijo, lo que reduce las oportunidades de trabajo permanentes con beneficios sociales.
- **Discriminación:** generalmente se produce en los colegios, centros de salud, ya sea por subgrupo de pares, padres de estos, trabajadores de los colegios, entre otros.
- **Frustración del proyecto de vida:** Asociado a la no realización personal al no poder continuar con los estudios y cursar carreras de su elección.
- **Malas relaciones de pareja:** las parejas adolescentes se caracterizan por ser de menor duración y más inestables, lo que suele magnificarse por la presencia del hijo, ya que muchas se formalizan forzosamente por esa situación.
- **Maltrato infantil:** Estos niños tienen un mayor riesgo de sufrir abuso físico, negligencia en sus cuidados, desnutrición y retardo del desarrollo físico y emocional. Esto muchas veces se asocia a la no formación de un vinculo madre hijo/a. (4)

Conocer los factores predisponentes y determinantes del embarazo en adolescentes, permite detectar las jóvenes en riesgo para así extremar la prevención en la aparición de los mismos.

1.2 FECUNDIDAD

La fecundidad se define como la capacidad efectiva de producir un nacimiento, las condiciones socioeconómicas interfieren en el nivel de fecundidad, Davis y Blake en 1956 en su obra *La estructura social y la fecundidad* en el cual señalan que existe un conjunto de “variables intermedias” a través de las cuales deben actuar los factores sociales que influyen en el nivel de la fecundidad, es decir, las variables intermedias se sitúan entre la fecundidad y todo el resto de variables precedentes, por lo cual ellas determinan de forma directa la fecundidad.(5) Ver grafico N°1.

Gráfico N° 1: Variables que influyen en el nivel de la fecundidad.1995-2000



El marco conceptual de los factores determinantes ha tenido desarrollos posteriores, se han identificado mas relaciones las cuales varían según los grupos poblacionales tales como inicio de relaciones sexuales, relaciones prematrimoniales y uniones, matrimonio; anticoncepción , aborto e infertilidad post-parto. Según el documento *Fecundidad Adolescente en Colombia: incidencia, tendencias y determinantes* se identifican tres tipos de factores que influyen sobre la fecundidad: 1) Políticas, programas estatales en salud, educación y empleo, oferta de servicios de salud y de planificación familiar. 2) Factores socioeconómicos macro, es decir los aspectos de las sociedades sobre unión, matrimonio y familia. 3) Factores socioeconómicos micro: las características de los individuos sobre el hogar y el adolescente. (6).

En el documento del *Conpes Social # 147*, ya citado, dado el carácter multifactorial del embarazo adolescente, se revisan los diferentes enfoques para su abordaje, entre otros el ecológico, de derechos, diferencial y adopta la teoría de los determinantes sociales. La OMS define a los determinantes como los factores sociales, políticos, económicos, ambientales y culturales que condicionan el proceso salud-enfermedad.

Estos se clasifican en: 1) determinantes próximos, los referidos a factores biológicos (edad, menarquía, fertilidad) y a factores de comportamiento (inicio temprano de relaciones sexuales, nupcialidad, uso ó no de métodos de

planificación familiar). Se relacionan con características individuales, 2) Los determinantes intermedios y 3) distales se refieren a su familia y a su sociedad. Considera los factores estructurales (pobreza, inequidades sociales, relaciones de dominación de géneros), y los factores contextuales (normas sociales y de género, valores de la sociedad, aspectos institucionales, políticos, comunitarios), Factores interpersonales (familia, hogares, violencia, comunicación, apoyo parental, calidad de educación sexual) y los factores intrapersonales (edad, educación, percepciones, actitudes, creencias, imaginarios, manejo del tiempo libre.)

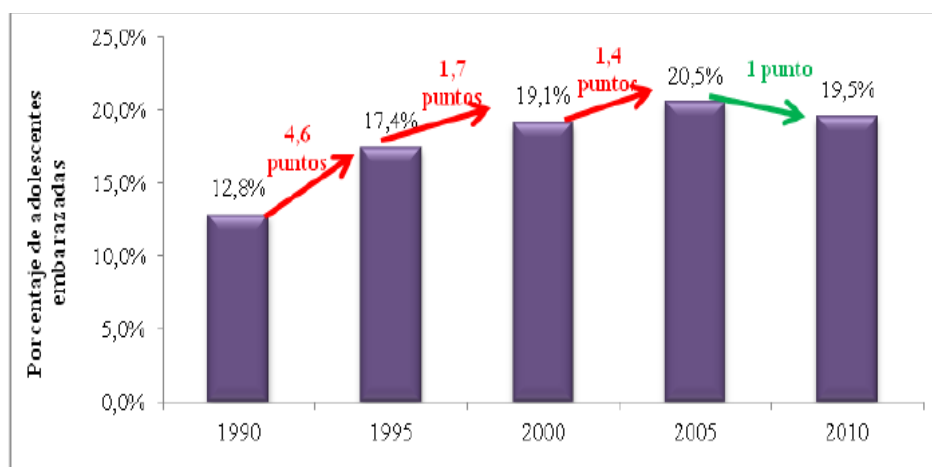
Según la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS) 2010, "...desde la década de los años sesenta se empezó el descenso de la fecundidad en Colombia y, en la actualidad, se sigue observando el decremento aunque a un menor ritmo; además, aún quedan grupos de población con fecundidad relativamente alta, incluyendo la de las adolescentes de 15 a 19 años.

La tasa general pasa de 83 nacimientos por mil mujeres entre 15 a 49 años a 74 nacimientos por mil mujeres entre 15 a 49 años y la tasa bruta de natalidad de 20 nacimientos por mil habitantes a 18 por mil habitantes.

Las adolescentes presentan una tasa de 84 nacimientos por mil mujeres entre los 15 y 19 años. Con relación al año 2005, la fecundidad adolescente en la zona urbana disminuyó de 79 a 73 nacimientos por mil mujeres, en tanto que en la zona rural también baja un poco de 128 a 122 nacimientos por mil mujeres."

Según los datos de la ENDS 2010 el país logró en el último quinquenio detener la tendencia creciente que presentó el embarazo en la adolescencia entre 1990 y 2005 (grafico No 2). Sin embargo, la cifra aún continúa siendo alta, pues una de cada cinco mujeres de 15 a 19 años ha estado alguna vez embarazada, 16% ya son madres y 4% está esperando su primer hijo (3).

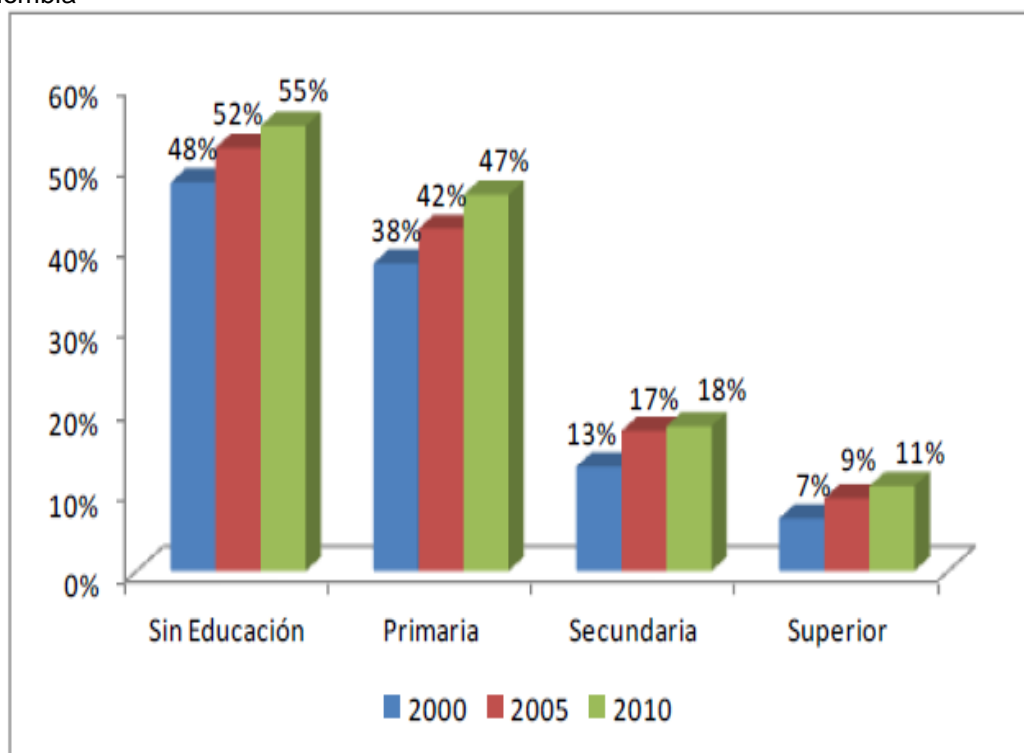
Gráfico N° 2 Porcentaje de mujeres entre los 15 -19 años que han sido madres o están embarazadas. 1990-2010. Colombia



Fuente: Profamilia. Encuesta Nacional de Demografía y Salud 1990, 1995, 2000, 2005 y 2010.

Cabe resaltar que la disminución en 2010 se explica por las menores tasas en Bogotá y en región central, en todos los casos se mantiene las diferencias urbano/rural, diferencias entre mujeres con educación y sin educación, diferencias regionales los mayores porcentajes de embarazadas están en 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%); sin embargo se analiza por número de adolescentes embarazadas, los mayores valores están en Valle (606), Antioquia (595), Bogotá (578) y Santander (358) (7).

Gráfico N° 3: Porcentaje de embarazo adolescente por nivel de escolaridad 2000 -2010. Colombia

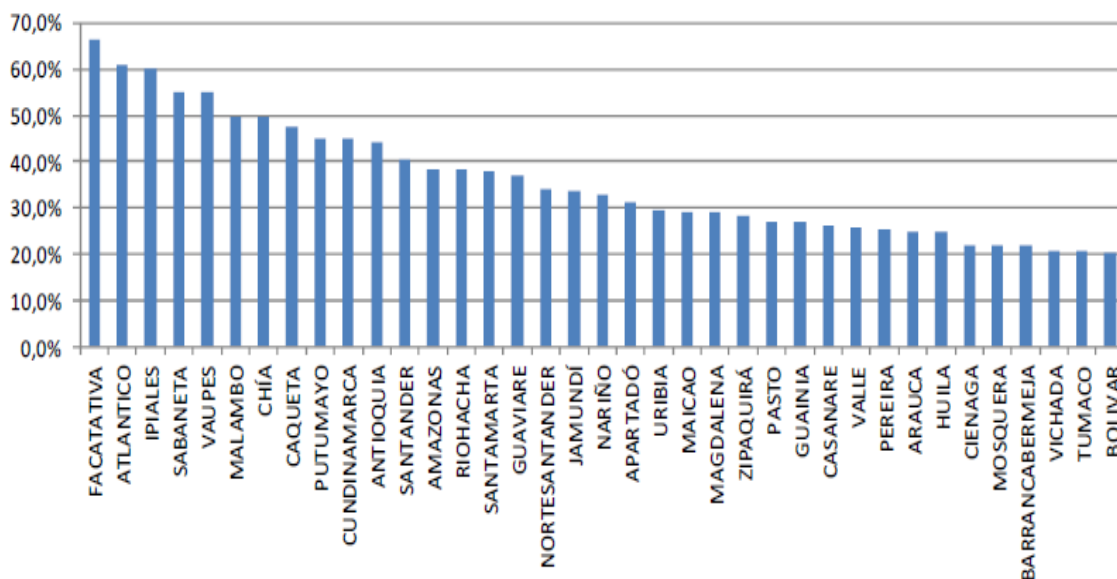


Fuente: ENDS 2000, 2005 y 2010

En el gráfico N°3 se aprecia un crecimiento en las tasas de embarazo adolescente en todos los niveles educativos.

En el gráfico N°4 se observa que los departamentos con mayor porcentaje de mujeres de 15 a 19 años que han sido madres o están embarazadas coinciden con las entidades territoriales donde entre el 20 – 45% de los estudiantes esgrimen la paternidad o maternidad como la razón principal de haber dejado de asistir a la escuela. Este es el caso Putumayo, Antioquia, Santander, Amazonas, Guaviare, Casanare, Valle, Arauca, Vichada y Choco. Se observan las entidades territoriales cuyo porcentaje de estudiantes afirman haber abandonado la escuela porque iban a ser madres o padres superando el 20%.

Gráfico N° 4: Porcentaje de estudiantes que se desvincularon del sistema educativo porque iban a ser padres /madres. Colombia.



Fuente MEN. 2011.

1.3 ASPECTOS CLÍNICOS ASOCIADOS AL EMBARAZO EN ADOLESCENTES.

Existe una bibliografía muy extensa en relación a este tema. Esta consideración de los aspectos clínicos está basada, en parte en la revisión de los estudios realizada por el Fabián Portnoy en la investigación *Embarazo en la adolescencia: diagnóstico para reorientar las políticas y programas de salud adelantada* por el Ministerio de Salud, la Comisión Nacional de programas de investigación sanitaria y el Centro de estudios Sociales de Argentina en 2006 y la realizada por Angelica Diaz y Pablo Sanhueza, *Riesgo obstétrico en el embarazo adolescente*, en la cual se afirma la preocupación por el embarazo en la adolescencia, enmarcada en los efectos adversos a los que se encuentra propensa la madre y el niño y, en particular, en la mayor prematuridad y bajo peso al nacer, con el consiguiente impacto en la morbi-mortalidad perinatal (Fraser et al., 1995; Ketterlinus et al., 1990), al mismo tiempo el impacto social que implica una maternidad temprana en lo referente a maltrato físico y emocional, rechazo familiar, cambio de roles, deserción escolar, analfabetismo, trabajo infantil, prostitución; situaciones que inciden de forma negativa, debido a los cambios en su condición fisiológica, física, emocional, económica, social y psicológica, que en muchos casos se refleja en el proyecto de vida y como respuesta, se observa el aumento de las condiciones de pobreza y mortalidad materno infantil (8,16).

1.4 RESULTADOS PERINATALES ADVERSOS ASOCIADOS AL EMBARAZO EN ADOLESCENTES

Se centran principalmente en: a) Parto pre-término, b) Bajo peso al nacer, c) Otros riesgos. Existen numerosos estudios con resultados divergentes.

1.4.1 Parto pretérmino

Definido como el parto ocurrido antes de la semana 38 de gestación. La incidencia es mayor en adolescentes que en la población en general, se cita el estudio de Jolly M.C (2000) en el que se encontró una asociación significativa entre embarazos de mujeres menores de 18 años y riesgo de parto pretérmino [RR = 1,41; (IC 95% 1,02- 1,90)] (9).

La incidencia de parto pretérmino guarda una correlación inversa con la edad de la madre (en particular en los grupos de 13 a 15 años) y el nacimiento pretérmino es la mayor causa de mortalidad neonatal y postneonatal. La edad materna sería el mayor determinante de ese riesgo, el que se incrementa a medida que la edad disminuye (10).

Sin embargo, estudios recientes como el de Ventura et al (2012) en el cual se evaluaron los resultados perinatales en madres adolescentes en el Perú, durante nueve años, no se encontraron diferencias entre adolescentes nulíparas, multíparas y adultas con respecto a parto prematuro, muerte perinatal y apgar menor a 7 ni tasas por cesáreas (11)

A su vez, en el estudio de Coll la inmadurez uterina y del cuello de útero predispondría a las adolescentes a infecciones clínicas o subclínicas tales como vaginosis bacterianas ó infecciones urinarias, con el consiguiente aumento de la secreción de prostaglandinas. Este mecanismo estaría implicado en la existencia de una frecuencia mayor de ruptura prematura de membranas en las pacientes adolescentes y en el incremento de la incidencia de parto pretérmino en esta población (12).

1.4.2 Bajo peso al nacer

Hay relación de ciertos factores que se han estudiado en relación al peso fetal y el embarazo adolescente; entre ellos encontramos baja talla materna, poca ganancia de peso materno, parto pretérmino, anemia, tabaquismo, alcohol y antecedente de nacimientos con bajo peso previos.

Se reconoce al bajo peso como el riesgo mas relacionado con la supervivencia infantil y el principal factor de mortalidad neonatal (12).

Un estudio en Estados Unidos demostró que existe un riesgo intrínseco de resultado adverso en el embarazo comparando mujeres casadas, blancas con nivel educativo adecuado para la edad, con adecuados controles prenatales mayores de 20 años vs mujeres pertenecientes a subgrupo de 13 – 17 años presentaron un riesgo relativo significativo [RR=1,7; (IC 95% 1,5-2,0)] de tener un hijo con bajo peso al nacer (13). El ya citado estudio de Jolly (9) no encontró asociación significativa entre embarazo en menores de 18 años y Bajo peso al nacer.

1.4.3 Otros riesgos

Es importante destacar que la mayoría de las adolescentes embarazadas son primigestantes. El primer embarazo plantea riesgos específicos que se suman a los derivados de la inmadurez fisiológica en las adolescentes embarazadas. Ejemplo de ello es la hipertensión inducida por el embarazo e sus diferentes clasificaciones, hipertensión gestacional, preeclampsia, eclampsia (14).

Según el estudio de Congote A. et al (2012) que evaluó la adolescencia como factor de riesgo para complicaciones maternas y perinatales en 29.158 gestantes atendidas entre 2002 y 2007 en la red pública y en los tres niveles de atención, en Cali, Colombia, comparando madres adolescentes y adultas, se encontró que la adolescencia es un factor de riesgo para desarrollar eclampsia en comparación con madres mayores de 20 años y para restricciones en crecimiento intrauterino; en contraste es factor protector para desarrollar pre-eclampsia y muerte intrauterina. (15)

Diversos estudios reportan un aumento significativo en la frecuencia de anemia e infección del tracto urinario en las adolescentes gestantes con respecto a los grupos controles (16).

En lo que respecta al parto, está descrito que cuanto más joven es la adolescente, mayores son las alteraciones que pueden ocurrir en el periodo del trabajo de parto; esto se debe, principalmente, a la falta de desarrollo de la pelvis materna, lo que condicionaría una mayor incidencia de desproporción cefalopélvica, constituyéndose como un importante riesgo de ocurrencia de partos prolongados, partos instrumentados y cesárea (16). Sin embargo la proporción de partos por cesárea en adolescentes es menor que en las mujeres adultas (16) (17).

En el documento de la OMS sobre Embarazo adolescente de 2006 (18) se presentan estos riesgos en el embarazo adolescente, mas asociados con la primigestante y con las gestantes menores de 15 años. El parto pretérmino y el bajo peso al nacer (bajo peso y muy bajo peso) asociados al embarazo adolescente tienen mayor riesgo con las menores de 15 años. Si se es primigestante y menor de 15 años se incrementa el riesgo de muerte. Tambien se asocia el estrés y la carencia de apoyo familiar.

Los niños de madres adolescentes tienen tasas mas altas de mortalidad perinatal, neonatal e infantil. Un estudio en los Países Bajos (Buitendijk and Oosterhout, 1999) demostró incremento en la mortalidad en niños de madres de 15 a 19 años en relación con los de madres mayores de 20 años, tendencia que se incrementa en los hijos nacidos de madres menores de 15 años. El estudio de Otterblad Olausson (1999) en Suecia determinó el riesgo mayor en niños de madres de 10 a 13 años. La misma situación se presenta en los países en desarrollo.

Las tasas de mortalidad materna por 100.000 mujeres es mas alta en el grupo de maternas de 15 a 19 años que en el de 20 a 34 años. También se asocia a baja utilización de atención prenatal y atención obstétrica, bajo nivel

socioeconómico, primiparidad, bajos niveles educativos y es de 4 a 6 veces mayor en el área rural.

Respecto a embarazos no planeados, mientras que en América Latina y el Caribe entre un cuarto y la mitad de las adolescentes no lo planean, en India, Indonesia y Paquistán solo es de 10 a 16 %. En USA casi tres cuartas partes de las adolescentes gestantes de 15 a 19 años no lo planifican. Las adolescentes gestantes tampoco planifican mucho en Ghana, en Perú más de la mitad y en Botswana, Kenya, Malawi, Zimbabwe y Colombia más de la tercera parte ni planifica ni desea el embarazo. Entre el 30 al 60 % de los embarazos adolescentes terminan en aborto, una proporción muy alta considerando que los embarazos adolescentes suman más del 10% de todos los embarazos en el mundo. Se calcula que más de cuatro millones tienen un aborto no seguro.

Respecto a la enfermedad hipertensiva, la OMS concluyó en un estudio de 2004, *Issues in Adolescent Health and Development*, que no se asociaba mucho con la edad, sin embargo si se presenta como la complicación más frecuente en primigestantes y muy común en madres adolescentes.

Aproximadamente la mitad de las mujeres adolescentes en los países en desarrollo tienen anemia. La anemia severa es causa indirecta de mortalidad materna. Los déficits nutricionales, de ácido fólico y hierro y enfermedades infecciosas como la malaria y el poliparasitismo intestinal contribuyen a la anemia en adolescentes. El déficit de hierro en madres adolescentes anémicas predispone al parto pretérmino y al bajo peso al nacer. El desarrollo del cuerpo de la adolescente compite con el feto por los nutrientes y las reservas de hierro. El trabajo de parto prolongado está asociado a pelvis pequeña ó a mala posición fetal, es más frecuente en primigestantes, mujeres de baja talla y en menores de 16 años por su pelvis inmadura. Las necrosis y fístulas afectan a muchas mujeres (cerca de 50.000 y 100.000 por año) y se estima en unos dos millones las mujeres que no tienen tratamiento. Se señala la sepsis puerperal como otro riesgo de las madres adolescentes sin acceso a servicios de salud.

Otro riesgo se asocia a la malaria, es reconocida la vulnerabilidad de la primigestante al parásito de la malaria. Igualmente se considera el VIH-SIDA y se enfatiza cómo con tamizajes, diagnóstico, consejería, apoyo psicológico, tratamiento adecuado puede controlarse la transmisión materno-fetal.

Mejorar las condiciones de vida de las jóvenes es una prioridad de las políticas públicas y de salud, mejorar la atención del embarazo y la captación temprana de las gestantes adolescentes traerá como consecuencia mejores resultados obstétricos y perinatales. Conocer las características clínicas epidemiológicas y psicosociales de las adolescentes gestantes atendidas en el Hospital Militar Central permitirá optimizar los programas de salud sexual y reproductiva en los adolescentes en eficacia y calidad.

2. IDENTIFICACIÓN Y FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.

El embarazo en cualquier edad constituye un hecho biopsicosocial muy importante, pero en la adolescencia¹ conlleva a una serie de situaciones que pueden atentar tanto contra la salud de la madre como la del hijo, y se constituyen en un problema de salud, debido a las complicaciones que de él que se derivan.

Según la Organización Mundial de la Salud, "...Las adolescentes menores de 16 años corren un riesgo de defunción materna cuatro veces más alto que las mujeres de 20 a 30 años, y la tasa de mortalidad de sus neonatos es aproximadamente un 50% superior". Los expertos en salud convienen en que las adolescentes embarazadas requieren atención física y psicológica especial durante el embarazo, el parto y el puerperio para preservar su propia salud y la de sus bebés. Se estima que 16 millones de niñas de edades comprendidas entre los 15 y los 19 años dan a luz cada año, y un 95% de esos nacimientos se producen en países en desarrollo. Esto representa el 11% de todos los nacimientos en el mundo. Sin embargo, los promedios mundiales ocultan importantes diferencias regionales. Los partos en adolescentes como porcentaje de todos los partos oscilan entre alrededor del 2% en China y el 18% en América Latina y el Caribe. En todo el mundo, siete países representan por sí solos la mitad de todos los partos en adolescentes: Bangladesh, Brasil, la República Democrática del Congo, Etiopía, la India, Nigeria y los Estados Unidos de América.²

En el estudio de Fecundidad Adolescente en Colombia, (Flórez et al 2004) se describe cómo la fecundidad total para el país disminuyó en casi un 50% en los últimos 20 años con un patrón asociado a fecundidad regulada por el control natal pero el comportamiento de la fecundidad adolescente tenía un comportamiento en crecimiento relacionado con un inicio más temprano de la actividad sexual en adolescentes y al aumento en la proporción de mujeres que han tenido un hijo en la adolescencia. Así mismo, estas investigaciones han documentado bajos indicadores de salud materno-infantil debido a factores tanto biológicos y del comportamiento³ que se presentan en este grupo, comparadas con mujeres gestantes de mayor edad.

2.1 Pregunta de Investigación:

¿Cuál es el perfil clínico, epidemiológico y psicosocial de las gestantes adolescentes atendidas en el hospital Militar Central, en el periodo comprendido entre enero 2009 a enero de 2012?

¹ La OMS define como *adolescencia* al "período de la vida en el cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida la independencia socio – económica" y fija sus límites entre los 10 y 20 años. A su vez subdivide tres grupos: Adolescencia temprana (10 a 13 años), Adolescencia media (14 a 16 años) y Adolescencia tardía (17 a 19 años)

² Embarazo adolescente: un problema complejo. Boletín OMS Vol. 87; 2009, 405 - 484

³ Linares, Giovanni, E Romero y Moreno. Factores de riesgo de salud materno-infantil en madres adolescentes de Colombia. Revista Panamericana de Salud Pública / Pan Am Public Health, 4(2) 1998

3. JUSTIFICACIÓN

Existe interés por parte del Departamento de Investigación Científica y del Departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Militar Central para dimensionar la situación del embarazo en las adolescentes, población atendida por el Hospital Militar Central.

En la revisión de la literatura en el ámbito nacional se encuentra la expresión de políticas públicas en el contexto de disminuir la tasa de embarazo y las consecuencias negativas a futuro que este puede generar en la población adolescente. En el sistema de salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional SSMP por el Acuerdo 014 de 2001 por el cual “ se definen las políticas generales, planes y programas y se señalan los lineamientos generales para la promoción de la salud y prevención de la enfermedad y Vigilancia en salud Pública en el SSMP” se determinan programas, actividades, procedimientos e intervenciones de “Promoción de la salud y Prevención de la enfermedad” entre otros, en “... la familia gestante, crecimiento y desarrollo, promoción integral al adolescente...” no se explicita un programa de embarazo adolescente, se refiere a educación sobre sexualidad sana y responsable, educación sobre fortalecimiento de la familia.

El Ministerio de Defensa es una de las entidades responsables que suscribieron el Conpes Social 147 sobre el desarrollo de estrategias para la prevención del Embarazo adolescente y la promoción de proyectos de vida para los niños, niñas, adolescentes y jóvenes en edades entre 6 y 19 años, aprobado el 31 de Enero de 2012. En el plan de acción se identifican acciones concretas de protección, garantía y restitución de derechos, promoción de proyectos de vida, oferta de servicios en salud sexual y reproductiva.

Para contribuir al conocimiento de la situación del embarazo en adolescentes de la población cubierta por el SSMP realizamos este trabajo que se constituye en una aproximación para conocer las características socio-demográficas, epidemiológicas de esta población en particular, y generar una línea de base a partir de la cual puedan orientarse los esfuerzos para optimizar los programas e intervenciones en salud sexual y reproductiva de los adolescentes con eficacia y calidad.

En consecuencia este tipo de estudios es relevante para la Dirección General de las Fuerzas Militares y el Hospital Militar Central, para garantizar, fortalecer la prestación de servicios por parte del Departamento de Ginecología y Obstetricia, acompañado de un manejo multidisciplinario por parte de diferentes especialidades, que conlleve a dar un cumplimiento a las políticas de salud pública y de atención integral, además de los protocolos de calidad que hacen parte de un hospital de referencia de alto nivel de complejidad, buscando reducir los riesgos del embarazo en adolescentes y sus implicaciones.

4. OBJETIVOS

4.1 General:

Describir las características clínicas, demográficas y psicosociales de las madres gestantes adolescentes atendidas en el Hospital Militar Central en el periodo comprendido entre enero de 2009 a enero de 2012.

4.2 Específicos

- Identificar los aspectos de persona, tiempo y lugar de las madres gestantes adolescentes atendidas en el Hospital Militar Central mediante la revisión de la historia clínica (H.C).
- Identificar las características de riesgo biopsicosocial de las madres gestantes adolescentes atendidas en el Hospital Militar Central, consignadas en la historia clínica.
- Establecer la distribución de nacimientos por peso al nacer, tipo de parto y tiempos de gestación.
- Establecer las complicaciones maternas fetales, mas frecuentes observadas en las madres gestantes adolescentes atendidas en el Hospital Militar Central.

5. METODOLOGÍA

Se realizó un estudio descriptivo observacional. Se definieron los siguientes criterios:

5.1 Criterios de Inclusión:

- Edad: comprendida entre 10-19 años cumplidos.
- Gestantes adolescentes quienes finalicen la gestación con producto vivo.
- Ausencia de enfermedad crónica conocida (Diabetes, hipertensión, malformación congénita, cardiopatía, cáncer, trastorno psiquiátrico).
- Parto atendido en Hospital Militar Central de Bogotá.
- Datos administrativos completos en historia clínica de ingreso.

5.2 Criterios de Exclusión:

- Menores de 10 años y mayores de 19 años.
- Producto muerto de la gestación.
- Presencia de enfermedad crónica (diabetes, hipertensión, malformación congénita, cardiopatía, cáncer, trastorno psiquiátrico).
- Parto no atendido en Hospital Militar Central.
- Datos administrativos incompletos en historia clínica de ingreso.

Se analizaron las variables epidemiológicas de persona como edad, estado civil, nivel educativo, ocupacional y económico, escolaridad y procedencia. La variable tiempo se estimó en meses y años: que comprenden Enero de 2009 a Enero 2012. La variable lugar se ligó a la procedencia. La combinación de estas variables nos permitió apreciar su distribución, frecuencia absoluta. Son los numerales 1 a 6 del formulario.

En cuanto a las variables psicosociales numeral 8 al 14 reconocidas como factores de riesgo en la literatura se evaluaron por su frecuencia y/o aspecto dicotómico (presencia ó ausencia) con el objeto de recomendar reorientar los programas para lograr la declinación del evento en un plazo determinado.

Las variables clínicas numerales 15 a 42 asociadas al embarazo adolescente se analizaron en su distribución entre el factor de riesgo y su frecuencia. Se aplicaron medidas de tendencia central.

La información se obtuvo a través de fuentes secundarias como son: Libro de registro de nacimiento de sala de partos del Hospital Militar Central, Historias Clínicas (H.C), del Hospital Militar Central en el periodo comprendido entre enero de 2009 a enero de 2012.

Las Historias clínicas se revisaron cumpliendo con los aspectos de confidencialidad, se verificó el cumplimiento de su diligenciamiento siguiendo el protocolo definido en las Normas técnicas de alteraciones del embarazo y atención del parto, de obligatorio cumplimiento según la resolución 0412 de 2000 del Ministerio de Salud.

Los parámetros de normalidad ó anormalidad de signos vitales fueron:

PARAMETRO	NORMAL	ANORMAL
FC	70-95 / min.	> 95
FR	< 20	> 20
TA	< 140/90	>140/90
PESO	> 60	< 60 > 80
AU		> 36
FCF	> 110-160	< 110 > 160

El universo fueron 500 gestantes adolescentes que cumplían con los criterios de inclusión, la unidad de análisis fue la gestante adolescente que cumplió con los criterios de inclusión.

Se realizó una lista detallada de todas las Historias Clínicas de las gestantes adolescentes atendidas en la sala de partos del HMC entre Enero de 2009 y Enero de 2012, que cumplieron los criterios de inclusión. Se numeraron, el registro ascendió a 500 H.C. Este fue el marco de muestreo.

Se tomó un subconjunto de esta población como muestra representativa: 141 H.C según Muestra Epidat 3,1; el tamaño de muestra y precisión para estimación de una proporción poblacional de acuerdo a los siguientes parámetros:

Tamaño poblacional: 500

Proporción esperada: 0.5, como se desconoce totalmente dicha población se toma esa proporción $p= 0.5$.

Nivel de confianza: IC: 95%

Precisión (% error): 7%

El tamaño adecuado de historias clínicas para incluir en el estudio correspondió a 141.

Se realizó un muestreo aleatorio sistemático, con un salto de muestreo de 4, resultado de dividir el universo (500) por el tamaño de muestra (141), aproximando 3,54 a 4. Garantizando así que todos los elementos del marco de muestreo tuviesen igual probabilidad de ser escogidos.

De acuerdo a la naturaleza de las variables, su nivel de medición y fuente de datos se diseñó el siguiente cuadro:

N°	Variable	Naturaleza	Nivel	Fuente
1	Edad	Cuantitativa	Razón	Historia Clínica
2	Escolaridad	Cualitativa	Ordinal	Historia Clínica
3	Estrato	Cuantitativa	Ordinal	Historia Clínica
4	Estado civil	Cualitativa	Nominal	Historia Clínica
5	Ocupación	Cualitativa	Nominal	Historia Clínica
6	Ubicación o Procedencia	Cualitativa	Nominal	Historia Clínica
7	Núcleo Familiar	Cualitativa	Nominal	Historia Clínica Base de Datos Trabajo Social
8	Apoyo	Cualitativa	Nominal	Historia Clínica Base de Datos Trabajo Social
9	Maltrato	Cualitativa	Nominal	Historia Clínica Base de Datos Trabajo Social
10	Embarazo Deseado	Cualitativa	Nominal	Historia Clínica
11	Control Prenatal	Cuantitativa	Nominal, Ordinal	Historia Clínica
12	Acceso a Servicio de Salud	Cualitativa	Nominal	Historia Clínica Base de Datos Trabajo Social
13	Antecedentes Personales	Cualitativa	Nominal	Historia Clínica
14	Antecedentes Ginecoobstetricos	Cualitativa	Nominal	Historia Clínica
15	Antecedentes Familiares	Cualitativa	Nominal	Historia Clínica
16	Signos Vitales			
16.1	Frecuencia Cardiaca	Cuantitativa	Intervalo	Historia Clínica
16.2	Frecuencia Respiratoria	Cuantitativa	Intervalo	Historia Clínica
16.3	Tension Arterial	Cuantitativa	Intervalo	Historia Clínica
16.4	Peso	Cuantitativa	Intervalo	Historia Clínica
16.5	Altura Uterina	Cuantitativa	Continua	Historia Clínica
16.6	Fetocardia	Cuantitativa	Intervalo	Historia Clínica
16.7	Edemas	Cualitativa	Nominal	Historia Clínica
16.8	Ruptura de Membranas	Cualitativa	Nominal, Intervalo	Historia Clínica
17	Cuadro Hemático completo	Cualitativa	Nominal	Historia Clínica
18	VRDL	Cualitativa	Ordinal, Nominal	Historia Clínica
19	Glicemia	Cualitativa	Nominal	Historia Clínica
20	Uroanálisis	Cualitativa	Nominal	Historia Clínica
21	Hemoclasificación	Cualitativa	Nominal	Historia Clínica
22	VIH	Cualitativa	Nominal	Historia Clínica
23	Hepatitis B	Cualitativa	Nominal	Historia Clínica
24	Toxoplasma	Cualitativo	Nominal	Historia Clínica
25	Citología	Cualitativa	Nominal	Historia Clínica

26	Ecografía Obstetrica	Cualitativa	Intervalo	Historia Clínica
27	Carnet Materno	Cualitativa	Nominal	Historia Clínica
28	Amenaza de Aborto	Cuantitativa	Ordinal	Historia Clínica
29	Amenaza de parto pretérmino	Cuantitativa	Ordinal	Historia Clínica
30	Trastorno Hipertensivo	Cuantitativa	Ordinal	Historia Clínica
31	Infección Urinaria	Cualitativa	Nominal	Historia Clínica
32	Corioanmionitis	Cualitativa	Nominal	Historia Clínica
33	Bajo Peso Materno	Cuantitativa	Razón	Historia Clínica
34	Vía del parto	Cualitativa	Nominal	Historia Clínica
35	Bajo Peso Recién Nacido	Cuantitativa	Razón	Historia Clínica
36	Apgar menor de 7	Cuantitativa	Discreta, Razón	Historia Clínica

Se diseñó un formulario inicial con 46 variables y se realizó una prueba piloto seleccionando al azar 10 historias clínicas que reunían los criterios de inclusión.

De esta forma se ajustaron y se eliminaron variables para las cuales no se encontró información.

Se relacionaron las variables demográficas, con las psicosociales; igualmente se analizó la relación entre las complicaciones maternas fetales y las edades maternas.

El formulario final constó de 36 preguntas, se analizaron todas, el diligenciamiento y la tabulación fueron manuales. El ordenamiento de la HC a diligenciarse siguió la norma técnica. En el anexo 1 se presenta el formulario definitivo y el instructivo.

5.3 Aspectos Éticos

No hay intervención en pacientes. Por lo tanto se tuvieron en cuenta los siguientes aspectos éticos en cada etapa del proyecto:

- Etapa de selección y planteamiento del problema: Existió aceptabilidad del tópico por el interés de mejorar esta situación en la institución.
- Revisión de la literatura: se tuvo en cuenta las fuentes más confiables a nivel nacional e internacional y se da el reconocimiento a los autores consultados. Se describieron los aspectos metodológicos para garantizar objetividad del estudio.
- Recolección, análisis, informe y difusión de resultados: se observó la reserva y confidencialidad de los datos consignados en la historia clínica. Se solicitaron los servicios de estadística, archivo, sala de partos, respetando la normatividad interna. El anteproyecto fue presentado y aprobado por el Comité de Ética del Hospital Militar Central y el Departamento de Ginecología y Obstetricia, Grupo de Investigación y Subdirección Científica del Hospital Militar Central.

Actuando siempre de acuerdo a los estándares profesionales y de respeto a los derechos humanos e institucionales, consultando con grupos profesionales y comités de revisión institucionales.

6. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

La identificación de los factores de riesgo biológico, psicológico y sociales parte de la elaboración de la historia clínica con una anamnesis cuidadosa revisando los antecedentes personales y obstétricos, siguiendo la norma técnica de atención para la detección temprana de alteraciones del embarazo y la atención del parto, Resolución 0412 del año 2000 de obligatorio cumplimiento. Siguiendo los parámetros mínimos establecidos, se encontraron los siguientes resultados:

De la muestra de las adolescentes gestantes atendidas en el Hospital Militar Central (HMC) en el periodo comprendido entre Enero de 2009 a Enero de 2012, el 82.26% tenían edades comprendidas entre los 17 a 19 años, período de adolescencia tardía, y el 17.74% entre 14 y 16 años, adolescencia media. No se registraron adolescentes gestantes en el período de adolescencia temprana, de 10 a 13 años (abuso sexual). El promedio de edad fue de 17.5 años y la mediana en 17.7 años, es decir que la mitad de las gestantes tienen esa edad. En el cuadro 1 pueden apreciarse la distribución por rangos de edad y períodos.

Cuadro 1. Edad de las gestantes adolescentes atendidas en el HMC. Enero 2009- Enero 2012. Bogotá - Colombia.

Edad (Años)	Periodo	Número	Porcentaje (%)
10 – 13	Adolescencia temprana	0	0
14 – 16	Adolescencia media	25	17,73
17 – 19	Adolescencia tardía	116	82,27
Total		141	100,00

Fuente: Formulario. Historia Clínica

En el cuadro 2 se presenta la distribución por años de escolaridad según nivel educativo, cursados por las adolescentes gestantes atendidas en el mismo período. Se aprecia que un alto porcentaje, el 87.2%, han cursado varios años de bachillerato proporción que se incrementa hasta finalizarlo. En menor proporción el nivel técnico y universitario y el primario.

Cuadro 2: Escolaridad de las adolescentes gestantes atendidas en el HMC. Enero 2009- Enero 2012

Nivel Educativo	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	Total	Total (%)
Primaria	1		2		3		4		5					
	0	0	1	0.2	2	0.4	1	0.2	1	0.2			5	3,5
Bachillerato	6		7		8		9		10		11			
	0	0	1	0.8	9	7	17	14	28	23	68	55.2	123	87,2
Tecnico	1		2		3									
	1	0.16	5	0.84	0	0							6	4,3
Universitario	1		2		3		4		5					
	2	0.33	2	0.33	1	0.17	1	0.17					6	4,3
Sin Educacion													1	0,7
Total													141	100

Fuente: Formulario. Historia Clínica

#: Adolescentes

#: Porcentaje

Según el estrato socioeconómico la mayoría, el 56%, de las adolescentes gestantes pertenece al estrato 3 y un 33% al estrato dos, el 11% al estrato 4. En general más del 60% tiene un estrato socioeconómico bueno.

Cuadro 3: Estrato socioeconómico de las gestantes adolescentes atendidas en el HMC. Enero 2009 - Enero 2012. Bogotá Colombia

Estrato	1	2	3	4	5	6	Total
Adolescentes	0	46	79	16	0	0	141
Porcentaje	0.00	32.62	56.03	11.35	0.00	0.00	100

Fuente: Formulario. Historia Clínica

El 43.3 % de las gestantes adolescentes son solteras, el 38.3% vive en unión libre y el 18.4% son casada. La razón de solteras es de 2.34 por una casada y de 1.12 por cada unión libre. Las adolescentes en unión libre duplican a las casadas.

Cuadro 4: Estado civil de las gestantes adolescentes atendidas en el HMC. Enero 2009 - Enero 2012. Bogotá. Colombia

Estado Civil	Soltera	Casada	Unión Libre	Viuda	Divorciada	Total
ADOLESCENTES	61	26	54	0	0	141
PORCENTAJE	43.26	18.44	38.30	0.00	0.00	100

Fuente: Formulario. Historia Clínica

El 63.8% de las gestantes adolescentes se dedica al hogar y el 34.8 % es estudiante; aproximadamente por cada estudiante, 1.83 se dedica al hogar. Cuadro 5.

Cuadro 5: Ocupación de las gestantes adolescentes atendidas en el HMC. Enero 2009 – Enero 2012. Bogotá. Colombia

Ocupacion	Estudiante	Hogar	Otros	Total
Adolescentes	49	90	2	141
Porcentaje	34.75	63.83	1.42	100.00

Fuente: Formulario. Historia Clínica

El 98.6% (139) se localiza en zona urbana y el 1.4 % (2) en zona rural. Una vez analizadas las variables de persona, tiempo y lugar procedemos a caracterizar por las variables relacionadas con algunos determinantes psicosociales. La composición del núcleo familiar en la población en estudio se presenta a continuación:

Cuadro 6: Núcleo familiar de las adolescentes gestantes atendidas en el HMC. Enero 2009- Enero 2012. Bogotá. Colombia

Núcleo Familiar	Madre Sola	Padre Solo	Madre y Padre	Compañero Esposo	Otro	Sola	Total
Adolescentes	10	0	48	80	0	3	141
Porcentaje	7.09	0.00	34.04	56.74	0.00	2.13	100

Fuente: Formulario. Historia Clínica

El 56.7% de las adolescentes tienen pareja, el 34% tienen una familia funcional; existe apoyo familiar, en un 99% (140) de las adolescentes gestantes. Se enfatiza que esta información es la consignada en la Historia Clínica y no pueden inferirse calificaciones sobre la calidad del apoyo familiar y la funcionalidad de las relaciones familiares. En el cuadro 7 se presentan las modalidades de maltrato recibidas por dos adolescentes, en este caso las aclaraciones sobre el maltrato están explícitas en la H.C: Los agresores son el padre y el padrastro. El producto del embarazo no es producto de las agresiones.

Cuadro 7: Características del maltrato recibido por las adolescentes gestantes atendidas en el HMC. Enero2009 - Enero2012. Bogotá. Colombia.

Maltrato	SI	NO
Fisico	2	139
Verbal	2	139
Psicologico	2	139
Sexual	2	139

Fuente: Formulario. Historia Clínica

Los embarazos no fueron deseados en la mayoría de los casos, el 80%. Las proporciones se presentan a continuación; este porcentaje es muy alto en comparación con lo encontrado en la Encuesta de Nacional de Demografía y Salud, ENDS 2010, el 34% de las madres menores de 20 años querían tener su hijo al momento del embarazo pero el 66% no lo quería en ese momento ó lo quería mas tarde.

Cuadro 8: Embarazos deseados ó no por las adolescentes gestantes atendidas en el HMC. Enero 2009-Enero 2012. Bogotá Colombia.

Embarazo Deseado	Si	No
Adolescentes	28	113
Porcentaje	20	80

Fuente: Formulario. Historia Clínica

Sin embargo, solo el 10.6% (15) de las adolescentes refiere utilizar métodos de planificación familiar, según lo encontrado en antecedentes gineco-obstétricos y que se analizará mas adelante. De acuerdo al concepto de factores de riesgo se relaciona más con el comportamiento individual de riesgo, tener relaciones sexuales sin emplear métodos anticoncepcionales, puesto que según los hallazgos antecedentes el grupo objeto de estudio no presenta desventajas desde lo socioeconómico, no se identifica como grupo vulnerable.

En relación al acceso a los servicios de salud aproximadamente el 99% (139 madres adolescentes) refieren fácil acceso; sin embargo, el 4.3% no realizó el control prenatal. Entre quienes realizaron el control prenatal, utilizaron el programa con diferente frecuencia; sin embargo el 12% (16) no registran en la HC el número de controles prenatales. Es un aspecto a considerar el mejorar el registro en la HC. En promedio recibieron 2.6 controles. El 50 % de las madres gestantes adolescentes recibió 5 controles prenatales.

Cuadro 9: Distribución de controles prenatales en las adolescentes gestantes atendidas el HMC. Enero 2009 Enero 2012. Bogotá. Colombia

		Si	No	Total
Adolescentes		135	6	141
Porcentajes		95.7	4.3	100

Número CPN	1	2	3	4	5	6	7	8	9	NR	Total
	6	8	13	24	10	23	11	18	6	16	135
	4.4	6	9.6	18	7.4	17	8.2	13	4.4	12	100

Fuente: Formulario. Historia Clínica

Se presentan a continuación los antecedentes personales encontrados, entre los cuales aportan hallazgos los, patológicos, quirúrgicos, alérgicos, traumáticos y transfusionales en orden decreciente. Entre los quirúrgicos, el 9% se relacionaron con cesáreas (6) y legrados (7) No se refieren antecedentes de consumo de sustancias psicoactivas y medicamentosas.

Cuadro 10: Distribución de los Antecedentes personales de las adolescentes gestantes atendidas en el HMC. Enero 2009 - Enero 2012. Bogotá Colombia.

Antecedentes Personales	Si		No	
	Adolescentes	Porcentaje	Adolescentes	Porcentaje
Patologicos	24	17.02	117	82.98
Quirugicos:	Cesarea	6	4.26	0.00
	Legrado	7	4.96	0.00
	Otros	11	7.80	0.00
	Total	24	17.02	117
Alergicos	7	4.96	134	95.04
Traumáticos	2	1.42	139	98.58
Transfusionales	1	0.71	140	99.29
Medicamentosos	0	0.00	141	100.00
Tabaco	0	0.00	141	100.00
Alcohol	0	0.00	141	100.00
Sustancias	0	0.00	141	100.00

Fuente: Formulario. Historia Clínica

Los antecedentes gineco-obstétricos se aprecian en el cuadro 11. La menarca temprana ocurrió en el 30.5% de las adolescentes gestantes, con un alto porcentaje (37.6%) de ciclos irregulares en concordancia con la inmadurez del eje hipotálamo hipófisis ovario. Cerca del 90% de las gestantes adolescentes

no utiliza métodos de planificación familiar, aunque como ya se relató el acceso a los servicios de salud es fácil, parece que no se utiliza el programa de planificación familiar.

Cuadro 11: Antecedentes ginecoobstétricos de las gestantes adolescentes atendidas en el HMC. Enero 2009 - Enero 2012. Bogotá. Colombia.

Antecedentes GO		Adolescentes	Porcentaje	
Menarca < 12 años		43	30.5	
Menarca > 12 años		87	61.7	
Sin registro		11	7.8	
Ciclos regulares		88	62.4	
Ciclos irregulares		53	37.6	
Planificación Familiar	No	126	89.4	
	Si	15	10.6	AO:3%Iny:6%Cond:1%
Gestaciones 1 vez		116	82	
Gestaciones > 1		25	18	
Parto		14		
Cesárea		6		
Abortos		11		

Fuente: Formulario. Historia Clínica

AO: Anticonceptivos Orales; Iny: Inyectables; Cond: Condón

Un 18% de las gestantes adolescentes ha tenido otra gestación, se presenta la distribución a continuación. Las primigestantes fueron el 82% (116).

Cuadro 12: Distribución por grupos de edad de las gestantes adolescentes con gestaciones previas. HMC. Enero 2009- Enero 2012.

Grupos de Edad	3 gestaciones	2 gestaciones	Porcentajes	Total
14 a 16 años	1	0	4	1
17 a 19 años	0	9 + (15)*	36 + 60	24

Fuente: Formulario. Historia Clínica. *Aborto

Solo una adolescente ha tenido tres gestaciones entre los 16 y los 19 años, con períodos intergenésicos de 14 meses aproximadamente. Las restantes (24), dos gestaciones de las cuales 15 terminaron en aborto. El período intergenésico varió de 1 a 3 años. Un período intergenésico menor a dos años agrega mayor comorbilidad a las gestantes adolescentes.

Los antecedentes familiares referidos son: Diabetes Mellitus, Hipertensión Arterial, Cáncer en mayor proporción. También se relacionan cardiopatías, epilepsia y enfermedad mental. Véase cuadro 13.

Cuadro 13: Antecedentes familiares de las adolescentes gestantes atendidas en el HMC. Enero 2009 - Enero 2012. Bogotá Colombia.

	HTA		DM		Cancer		Cardio		Epilepsia		Enfermedad Mental		Autoinmune	
	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%
Si	14	9,93	15	10,64	7	4,96	1	0,71	1	0,71	1	0,71	0	0
No	127	90,07	126	89,36	134	95,04	140	99,29	140	99,29	140	99,29	141	100,00

Fuente: Formulario. Historia Clínica.

#: Adolescentes

#: Porcentaje

Teniendo en cuenta los parámetros normales para los signos vitales citados en el marco teórico se encontró una anomalía del 9% en peso y en membranas rotas, un 6% en tensión arterial y el 4% en frecuencia cardíaca. Como los signos vitales son obligatorios llama la atención el no registro de varios de ellos. Cuadro 14.

Cuadro 14: Examen Físico en las adolescentes gestantes atendidas en el HMC. Enero 2009 Enero 2012. Bogotá Colombia

Examen Físico	Normal		Anormal		No registra		Total	
	#	%	#	%	#	%	#	%
FC	133	94,33	6	4,26	2	1,42	141	100
FR	139	98,58	0	0,00	2	1,42	141	100
TA	132	93,62	8	5,67	1	0,71	141	100
Peso	105	74,47	13	9,22	23	16,31	141	100
AU	134	95,04	0	0,00	7	4,96	141	100
FCF	136	96,45	0	0,00	5	3,55	141	100
Edemas	Si		No		No registra		Total	
	#	%	#	%	#	%	#	%
	1	0,71	140	99,29	0	0,00	141	100
Membranas Amnióticas	Integras		Rotas		No registra		Total	
	#	%	#	%	#	%	#	%
	128	90,78	12	8,51	1	0,71	141	100

Fuente: Formulario. Historia Clínica

#: Adolescentes

#: Porcentaje

Sobre los exámenes paraclínicos, para el hemograma se encontraron registrados en la H.C. un 91% (129), De ellos, el 98% (126) dentro de límites normales. Los tres restantes (2%) presentaron trombocitopenia (< 150.000) HB (hemoglobina > 13), leucocitosis y neutrofilia.

Para la hemoclasificación se encontró en 3 (2%) de las gestantes el factor Rh negativo, lo cual aumenta el riesgo de isoimmunización.

En el uroanálisis se registraron 129 exámenes (92%). No se halló registro en 12 H.C. (8%), dentro de límites normales el 94%. El 6% (9) presentaron bacteriuria (6), proteinuria (2) y hematuria (1). El VDRL fue analizado como normal o nó y también por número de muestras acorde a cada trimestre y al día del parto. Véase cuadro 15. Solo el 4% (6 gestantes adolescentes) tienen registro de la serología para las tres muestras y la del día del parto. El restante 94% tuvieron 1 ó 2 muestras en el control prenatal. Continúan las omisiones en el registro en las H.C. Todos los resultados fueron normales. Siendo uno de los propósitos de la salud reproductiva eliminar la sífilis congénita debe mejorarse el seguimiento y control en los exámenes de serología.

Cuadro 15: VDRL, muestras por trimestre y resultados de las adolescentes gestantes atendidas en el HMC. Enero 2009 Enero 2012. Bogotá Colombia

VDRL (Muestra)	Una	Dos	Tres o más	Sin registro	Total	Normal	Anormal
Adolescentes	56	76	6	3	141	138	0
Porcentaje	39.72	53.90	4.26	2.13	100	97.87	0.00

Fuente: Formulario. Historia Clínica

1 muestra: Un trimestre o el día del parto

2 muestras: Dos trimestres

3 muestras: Todos los trimestres y el día del parto

Para el examen de VIH se analizó si tuvo una muestra ó dos incluyendo una el día del parto. Nuevamente se presenta el no registro en 3 H.C. Aunque todas fueron negativas es preciso enfatizar en el cumplimiento de la normatividad por las implicaciones en el resultado madre-niño

Cuadro 16: VIH, muestras por trimestre y resultados de las adolescentes gestantes atendidas en el HMC. Enero 2009 Enero 2012 Bogotá Colombia

VIH (Muestra)	Una	Dos	Sin Registro	Total	Pos.	Neg.
Adolescentes	88	50	3	141	0	138
Porcentaje	62.41	35.46	2.13	100	0	98

Fuente: Formulario. Historia Clínica

1 muestra: Un trimestre o el día del parto

2 muestras: Un trimestre y el día del parto

En la determinación de Toxoplasma se aprecia en el cuadro 17 la distribución. Solamente se reportó anormal en un caso, toxoplasma IgG (Inmunoglobulina IGG (+) IGM (Inmunoglobulina IgM (+)). Cuadro 17

Cuadro 17: Toxoplasma, pruebas y resultados de las adolescentes gestantes atendidas en el HMC. Enero 2009- Enero 2012. Bogotá Colombia.

TOXOPLASMA (Muestra)	Una	Dos o más	Sin registro	Total	Normal	Anormal
Adolescentes	95	38	8	141	132	1
Porcentaje	67.38	26.95	5.67	100	93.62	0.71

Fuente: Formulario. Historia Clínica

1 muestra: Cualquier trimestre o el día del parto

2 o más muestras: En más de un trimestre o un trimestre y el día del parto

Respecto a la determinación de Hepatitis B hubo registro de la prueba en 137 H.C, en 4 (3%) no se registra. Todos fueron negativos.

Para la glicemia, el no registro en la H.C. ascendió a 11 (8%). De los 130 restantes, solo uno fue anormal.

En el cuadro 18 se aprecian los hallazgos de solicitudes de Ecografía. Se hace énfasis en que el embarazo adolescente es de alto riesgo. Aunque el 84% tiene una ó más de una ecografía, nueve gestantes adolescentes no tienen evidencia de ecografía en su control prenatal.

Cuadro 18: Ecografía Obstétrica en las adolescentes gestantes atendidas en el HMC. Enero - 2009 Enero 2012. Bogotá. Colombia.

Ecografía Obstétrica	Una	Dos ó mas	Ninguna	Total
Adolescentes	21	111	9	141
Porcentaje	14.89	78.72	6.38	100

Fuente: Formulario. Historia Clínica

1 ecografía: Una en cualquier trimestre

Referente a la citología vaginal, al 91% (129) no le han tomado. Solo el 9%, 12 adolescentes tiene citología vaginal. Y, el carnet materno tiene un comportamiento similar: el 92% (130) no cuenta con este instrumento.

La amenaza de parto pretermino, el trastorno hipertensivo sin eclampsia y la infección de vía urinaria son asociadas al embarazo adolescente, representan el 25.53% en este estudio. Véase cuadro 19.

Cuadro 19: Distribución de las complicaciones más frecuentes en las adolescentes gestantes atendidas en el HMC. Enero - 2009 Enero 2012. Bogotá. Colombia.

Complicaciones		Si		No	
		Adolescentes	Porcentaje	Adolescentes	Porcentaje
Amenaza de parto pretérmino		13	9.22	128	90.78
Trastorno hipertensivo	H.T.	9	6.38		
	Preeclampsia	2	1.42		
	Eclampsia	0	0.00		
	Total	11	7.80	130	92.20
Amenaza de aborto		1	0.71	140	99.29
Infección Vías Urinarias		12	8.51	129	91.49
Corioanmionitis		1	0.71	140	99.29

Fuente: Formulario. Historia Clínica

La vía del parto con mayor proporción, fue la vía vaginal (85 %). La proporción de cesáreas es del 15%. Se observa con mayor frecuencia la indicación de cesárea por desproporciones cefalopélvica el 29%, anteriores otro 29%, asociados a la inmadurez en el desarrollo de la pelvis.

Cuadro 20: Vía del parto, edad gestacional e indicación de cesárea de las adolescentes gestantes atendidas en el HMC. Enero 2009 - Enero 2012. Bogotá –Colombia

VIA DE PARTO		Adolescentes	Porcentaje
Vaginal	Vaginal	117	
	Instrumentado	3	
	Total	120	85.11
Cesárea		21	14.89

INDICACION CESAREA	Adolescentes	Porcentaje
Desproporción cefalopélvica	6	28.57
Preeclampsia	1	4.76
Cesárea anterior	6	28.57
Inducción fallida	1	4.76
Estado fetal insatisfactorio	4	19.05
Presentación pelvis	2	9.52
Pretérmino	1	4.76
Total	21	100

Continua en la siguiente pagina

EDAD GESTACIONAL		Adolescentes	Porcentaje
Pretermino	< 32 semanas	3	
	34 semanas	3	
	36 semanas	3	
	Total	9	6.38
Término	37 semanas	5	
	38 semanas	20	
	39 semanas	46	
	40 semanas	48	
	Total	119	84.40
Postérmino	41 semanas	12	
	42 semanas	1	
	Total	13	9.22

Fuente: Formulario. Historia Clínica

El parto a término se presentó en el 85% de las gestantes adolescentes con mayor proporción en el grupo de 17 a 19 años; el parto pretérmino se presentó con mayor frecuencia en el grupo de 14 a 16 años, similar a lo descrito en la literatura. Véase cuadro 21.

Cuadro 21: Distribución de nacimientos en gestantes adolescentes de 14 a 16 años y 17 a 19 años según tiempo de gestación HMC. Enero 2009 Enero 2012 Bogotá Colombia.

Tiempo de gestación	14 - 16 Años	17 - 19 Años	Total	
			Adolescentes	Porcentaje
< 37 semanas	6	3	9	6.38
37 – 40 semanas	13	106	119	84.40
41 semanas o mas	6	7	13	9.22

Fuente: Formulario. Historia Clínica

Respecto a los resultados del producto, todos tuvieron Apgar superior a 7 y en relación al bajo peso al nacer se encontró en 19 casos (13%), su distribución por peso y edades es la siguiente:

Cuadro 22: Distribución de nacimientos en gestantes adolescentes de 14 a 16 años y 17 a 19 años según peso al nacer HMC. Enero 2009 - Enero 2012 Bogotá Colombia.

Peso al nacer	14 - 16 Años	17 - 19 Años	Total	
			adolescentes	Porcentaje
< 1000gr	0	1	1	0.71
1001-1500 gr	1	0	1	0.71
1501-2000 gr	0	3	3	2.13
2001- 2499 gr	2	12	14	9.93
Total			19	13.48

Fuente: Formulario. Historia Clínica

El 13% de los productos de la gestación tuvieron bajo peso al nacer, riesgo clínico que se ha descrito con mayor frecuencia en el embarazo adolescente, de los cuales el 2% correspondió al grupo de menor edad.

7. CONCLUSIONES

- En relación a los antecedentes epidemiológicos de persona, sexo, lugar y los psicosociales de las adolescentes gestantes atendidas en el HMC se concluye que presentan factores de protección como son el aceptable nivel educativo y socioeconómico, el apoyo familiar, la formación de hogares, la no dependencia de sustancias psicoactivas, la utilización de servicios de salud y la atención en institución de alta complejidad
- Se presentaron los riesgos de parto pretérmino y bajo peso al nacer, infecciones, cesáreas en cerca del 10% de las adolescentes gestantes; no se presentaron eclampsia ni mortalidad y en los productos se presentó bajo peso al nacer en un 13% con Apgar superior a 7 en todos los casos.
- No hubo hallazgos de defunción materna en la muestra. No se realizó análisis de mortalidad porque por ser un Hospital de alta complejidad y de referencia se afecta el análisis por los problemas de generalización y cobertura amplia.
- No se encontraron adolescentes gestantes con edades menores a 14 años, adolescencia temprana, tipificación de abuso sexual según la ley 1238 de 2008.
- Las Historias Clínicas presentaron datos sin registrar en especial en el examen físico y los controles de los exámenes paraclínicos, siendo la más notoria los resultados de citología vaginal y la elaboración de carnet materno.

8. RECOMENDACIONES

- Es preciso hacer énfasis en el control de la violencia intrafamiliar, en la promoción y utilización de métodos de planificación familiar, en la identificación de proyectos de vida pues el alto porcentaje de embarazos no deseados implica su reorientación, y en lo posible continuar con su formación educativa. Es necesario sensibilizar y comprometer a todos los actores desde padres de familia, colegios, iglesia, comunidades en evitar el maltrato a la mujer, tipificado como delito (Ley 1257/2008).
- Realizar acciones de monitoreo, seguimiento y control de la calidad de la Historia Clínica, de los programas de salud sexual y reproductiva, de las intervenciones de obligatorio cumplimiento que reúnan las características de periodicidad, suficiencia y oportunidad para seguimiento en controles prenatales y atención de parto.

BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la Salud. La salud de los jóvenes: un desafío para la sociedad. Informe de un grupo de estudios de la OMS sobre la salud de los jóvenes y la "Salud para todos en el año 2000". Ginebra. Organización Mundial de la Salud, 1986. (OMS, serie de informes técnicos, No 731). Definición de Academia Americana de Pediatría AAP, Sociedad de Salud de Adolescentes SAM.
2. Organización Mundial de la Salud. El estado físico: uso e interpretación de la antropometría. OMS serie de informes técnicos N. 854. Capítulo No 6 Adolescentes, OMS Ginebra 1995.
3. Consejo Nacional de Política Económica y Social. República de Colombia. Departamento Nacional de Planeación. Documento Conpes Social # 147. Lineamientos para el desarrollo de una estrategia para la prevención del Embarazo en la Adolescencia y la promoción de proyectos de vida para los niños, niñas y adolescentes y jóvenes en edades entre 6 y 19 años. Pág 4. Enero 31/2012.
4. Issler Juan, Revista de postgrado de la cátedra vía Medicina N. 107 Embarazo en la adolescencia 2001, pág 11-23, Argentina, citado en Agosto 2012, [www,medunne.edu.ar/revista/revista107/emb_adolescencia.html](http://www.medunne.edu.ar/revista/revista107/emb_adolescencia.html).
5. Esquivel Moreno E "Determinantes próximos de la Fecundidad en Haiti 1995-2000" Trabajo de grado para obtener el título Licenciado de Actuaría. Universidad Autónoma de México, Pág 17, abril 2006
6. Flórez , Elisa et al. Documento CEDE 2004-31. Fecundidad Adolescente en Colombia: incidencia, tendencias y determinantes. Un enfoque de historia de vida. ISSN 1657-7191 edición electrónica. U de los Andes. Colombia, 2004.
7. ENDS. Encuesta Nacional de Dermografía y Salud. Colombia. 2010. Profamilia 2011.
8. Portnoy Fabián "Embarazo y maternidad en la Adolescencia, El embarazo en la adolescencia y riesgos perinatales". Capítulo 3". Pag 68 – 75. Buenos Aires . Argentina 2005.
9. Jolly MC, Segire N, Harris J, Robinson S, Regan L: Obstetric risks of pregnancy in women less than 18 years old. *Obstet Gynecol* 2000; 96(6): 962-6.
10. Neurodevelopmental outcomes of preterm birth: from childhood to adult life. Olausson y Haglund, 1999; Draper et al., 1999. Cambridge university press. Capítulo 1. Pag 3 – 14. 2010.
11. Perinatal outcomes associated with subsequent pregnancy among adolescent mothers in Peru. Ventura, W et al. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*. Vol 117 (2012).
12. Coll, A.: "Embarazo en la adolescencia", en *Clínicas Perinatológicas Argentinas*, N° 4, págs. 23-55, 1997.

13. Fraser, A. M. et al.: "Association of young maternal age with adverse reproductive outcomes", en New England Journal of Medicine, vol. 332, N° 17, págs. 1113-1117, 1995.
14. Castro Santoro, R. et al.: "Pre-eclampsia pura en adolescentes embarazadas", en Perinatología y Reproducción, vol. 2, N° 2, págs. 3-8, 1989.
15. Congote A Lina et al, "Adolescencia como factor de riesgo para complicaciones maternas y perinatales en Cali, Colombia 2002-2007". Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología 63(2) 119-126 Ab-Junio 2012.
16. Díaz A, Sanhueza R, et al "Riesgo obstétrico en el embarazo adolescente: Estudio comparativo de resultados obstétricos y perinatales con pacientes embarazadas adultas".. Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología. v.67 n.6 Santiago 2002.
17. Avanza, M. et al.: "Frecuencia e indicaciones de cesárea en la población adolescente de un centro hospitalario", en Revista Médica del Nordeste, N° 5, págs. 512-515, 2004.
18. OMS Pregnant Adolescents ISBN 92 4 159378 4 2006.

ANEXOS

ANEXO 1: FORMULARIO

Caracterización clínica, epidemiológica y psicosocial de las madres gestantes adolescentes atendidas en el Hospital Militar Central de Bogotá, Colombia, en el periodo comprendido entre enero de 2009 a enero de 2012.

1. Edad	10-13 años		14-16 años		17-19 años		
2. Escolaridad	Primaria	1	2	3	4	5	
	Bachillerato	6	7	8	9	10	
	Tecnico	1	2	3	4	5	
	Universitario	1	2	3	4	5	
3. Estado	1	2	3	4	5	6	
4. Estado Civil	Soltera Unión Libre Casada Viuda Divorciada						
5. Ocupación	Estudiante Ama de Casa Otros: Cual?						
6. Proveniencia	Rural Urbana						
7. Nucleo Familiar	Madre		Padre		Madre y Padre		
	Compañero		Sola		Otros: cual?		
8. Apoyo	8.1 Familia	Si	No				
	8.2 Compañero	Si	No				
9. Maltrato	9.1 Físico	Si	No	Cual:			
	9.2 Verbal	Si	No	Cual:			
	9.3 Psicológico	Si	No	Cual:			
	9.4 Sexual	Si	No	Cual:			
10. Embarazo Deseado	Si No						
11. Control Prenatal	Si No ED Inicio 11.1 # CPN						
12. Acceso a Servicios de salud	Facil Si No						
13. Antecedentes personales	13.1 Patologías	Si	No	Cual			
	13.2 Cirugías						Si No
	13.3 Anestesia						13.7 Tabaquismo
	13.4 Traumatismos						13.8 Alcohol
	13.5 Medicamentos						13.9 Sustancias
	13.6 Medicamentos						
14. Antecedentes Ginecoobstétricos	14.1 LPM						
	14.2 Ginecomastia						
	14.3 Clom						
	14.4 Proliferación	14.4.1 Método					
	14.5 Menarca						
15. Antecedentes familiares	15.1 Hipertensión	Si	No				
	15.2 Diabetes						
	15.3 Cardiopatía						
	15.4 Epilepsia						
	15.5 Enfermedad Mental						
	15.6 Autoinmunes						
	15.7 Cáncer						
16. Examen Físico	16.1 FC						
	16.2 FR						
	16.3 TA						
	16.4 Peso						
	16.5 Ax						
	16.6 FCF						
16.7 Edemas	Si	No					
16.8 Membranas Amnióticas	INTEGRAS		ROTAS				
17. Hemograma	Si	No	Normal	Anormal			
18. VIDL	Normal	Anormal	18.1 Trimestre	18.2 Trimestre	18.3 Trimestre	18.4 Día del Parto	
19. Glicemia	Si	No	Normal	Anormal			
20. Urinoálisis	Si	No	Normal	Anormal *			
						20.1 Hematuria	
						20.2 Proteinuria	
					20.3 Bacterias		
21. Hemocultivos	21.1 A	21.2 B	21.3 AB	21.4 C			
	21.5 Rt Positivo						
	21.6 Rt Negativo						
22. VIH	Si	No	Positivo	Negativo	22.1 Trimestre	22.2 Trimestre	
	22.3 Día del Parto						
23. Hep B	Si	No	Positivo	Negativo			
24. TOXOPLASMA	Normal	Anormal	24.1 Trimestre	24.2 Trimestre	24.3 Trimestre	24.4 Día del Parto	
25. CCV	Si No						
26. Ecografía Obstétrica	26.1 Trimestre						
	26.2 Trimestre						
26.3 Trimestre							
27. Carnet Materno	Si No						
28. Amenaza de Aborto	Si No						
29. Amenaza de parto Pretermino	Si No						
30. Tratamiento hipertensivo	Si *		No				
						30.1 Hipertensión Gestacional	
						30.2 Pre-eclampsia	
31. Infección Urinaria	Si		No				
						30.3 Edemas	
32. Corioamnionitis	Si No						
33. Bajo Peso Materno	Si No						
34. Via del Parto	Si		No				
	34.1 Vaginal		34.4 ED al parto				
	34.2 Instrumentado		Indicacion				
34.3 Cesárea							
35. Bajo Peso del Recien Nacido	Si		No				
36. Apgar menor 7	Si		No				
	35.1 Peso RN						

ANEXO 2: INSTRUCTIVO PARA DILIGENCIAR EL FORMULARIO.

- Pregunta Numero 1: Edad, corresponde a la edad de la paciente en años cumplidos al momento de la atención del parto.
- Pregunta Número 2: marque con una x la casilla que corresponda.
- Pregunta Número 3: marque con una x en la casilla donde corresponda, el estrato social se encuentra diligenciado en la hoja de ingreso administrativa del día de la atención del parto.
- Pregunta Número 4: marque con una x en la casilla que corresponda al estado civil.
- Pregunta Número 5: marque con una x en la casilla que corresponda, en la casilla de otros corresponde a trabajo formal o informal y especificar cual.
- Pregunta Numero 6: marque con una x en la casilla que corresponda este dato se obtiene de la hoja de ingreso administrativa del día de la atención del parto.
- Pregunta Número 7: marque con una x en la casilla que corresponda.
- Pregunta Numero 8: marque con una x en la casilla que corresponda, 8.1 si se cuenta con apoyo de la familia y 8.2 si se cuenta con apoyo del compañero.
- Pregunta Numero 9, 9.1, 9.2, 9.3, 9.4 marque con una x en la casilla que corresponda, Si o No, tipo físico, verbal, psicológico o sexual y Quien, se refiere al sujeto que realiza dicho maltrato este caso puede ser Madre, Padre, Compañero, ect este dato se obtiene de la historia clínica del día de la atención del parto.
- Pregunta Numero 10: marque con una x en la casilla que corresponda este dato se obtiene de la historia clínica del día de la atención del parto.
- Pregunta Numero 11: marque con una x en la casilla que corresponda y la edad gestacional del inicio del control prenatal en números completos por ejemplo 12 semanas, 25 semanas ect, la pregunta numero 11.1 corresponde al numero de controles realizados al día de la atención del parto, estos datos se obtienen de la historia clínica del día de la atención del parto.
- Pregunta Numero 12: marque con una x en la casilla que corresponda, fácil o difícil este dato se obtiene de la historia clínica del día de la atención del parto.
- Pregunta Numero 13, corresponde a los antecedentes personales 13.1, 13.2, 13.3, 13.4 13.5, 13.6: marque con una x en la casilla que corresponda, Si o No y si la respuesta es Si, escriba cual, este dato se obtiene de la historia clínica del día de la atención del parto.
- Pregunta Numero 14, 14.1(FUM: Fecha de la ultima Menstruación), 14.2,(GPCAVMOE, corresponde a la formula obstétrica de la paciente donde G:gestaciones o embarazos, P: partos vaginales, C:cesarea, A:aborto, V:Vivo, M:muerto, O: óbito, E: ectópico) 14.3(ciclos: corresponde numero de días entre las menstruaciones y los días de duración de la menstruación por ejemplo 30x 4dias) , 14.4(Planificación

Familiar si o no) , 14.4.1(método que utiliza para planificación familiar), 14.5 (menarca, edad de presentación de la primera menstruación): diligencie la casilla de acuerdo con la información brindada en el enunciado , información que se obtiene de la historia clínica del día de la atención del parto.

- Pregunta Numero 15: corresponde a los antecedentes familiares, Marque con una x si o no 15.1 Hipertensión, 15.2 Diabetes, 15.3 cardiopatía, 15.4 epilepsia, 15.5 Enfermedad mental, 15.6 autoinmunes y 15.7 cáncer.
- Pregunta Numero 16, 16.1(FC: frecuencia cardiaca en números de latidos por minuto), 16.2(FR: frecuencia respiratoria) , 16.3(TA: tensión arterial), 16.4(PESO diligenciar en kilogramos), 16.5(Au: Altura uterina en cms),16,6(FCF :frecuencia cardiaca fetal) ,16.7(edemas en miembros inferiores), 16 .8(membranas amniótica palpadas durante examen ginecológico, marque con una x si o no y adicionalmente 16.8.1 y 16.8.2 si están integras o rotas.
- Pregunta Numero 17: marque con una x en la casilla que corresponda si se cuenta o no con este paraclínico y si es normal o anormal, este dato se obtiene de la historia clínica del día de la atención del parto.
- Pregunta Numero 18, 18.1, 18.2, 18.3, 18.4: marque con una x en la casilla que corresponda si se cuenta o no con este paraclínico y si es normal o anormal y si esta especificado por cada trimestre de embarazo y del día del parto. Este dato se obtiene de la historia clínica del día de la atención del parto.
- Pregunta Numero 19: marque con una x en la casilla que corresponda si se cuenta o no con este paraclínico y si es normal o anormal, este dato se obtiene de la historia clínica del día de la atención del parto.
- Pregunta Numero 20, 20.1, 20.2, 20.3: marque con una x en la casilla que corresponda si se cuenta o no con este paraclínico y si es normal o anormal teniendo en cuenta que las anomalías especificadas son 20.1 hematuria (presencia de sangre en la orina),20.1 proteinuria(presencia de proteínas en la orina y 20.3 bacterias (presencia de bacterias en la orina). Este dato se obtiene de la historia clínica del día de la atención del parto.
- Pregunta Numero 21,21.1, 21.2, 21.3, 21.4, 21.5, 21.6: marque con una x en la casilla que corresponda este dato se obtiene de la historia clínica del día de la atención del parto.
- Pregunta Numero 22, 22.1, 22.2, 22.3: marque con una x en la casilla que corresponda si se cuenta o no con este paraclínico y si es normal o anormal y si esta especificado por cada trimestre de embarazo y del día del parto. Este dato se obtiene de la historia clínica del día de la atención del parto.
- Pregunta Numero 23: marque con una x en la casilla que corresponda este dato se obtiene de la historia clínica del día de la atención del parto.
- Pregunta Numero 24, 24.1, 24.2, 24.3, 24.4 marque con una x en la casilla que corresponda si se cuenta o no con este paraclínico en el primer, segundo, tercero trimestre y del día del parto Este dato se obtiene de la historia clínica del día de la atención del parto

- Pregunta Número 25: CCV: citología cervicovaginal, marque con una x en la casilla que corresponda este dato se obtiene de la historia clínica del día de la atención del parto.
- Pregunta Numero 26, 26.1, 26.2, 26.3: marque con una x en la casilla que corresponda si se cuenta o no con esta ayuda diagnostica y si esta especificado por cada trimestre de embarazo. Este dato se obtiene de la historia clínica del día de la atención del parto.
- Pregunta Numero 27: marque con una x en la casilla que corresponda este dato se obtiene de la historia clínica del día de la atención del parto.
- Pregunta Numero 28: marque con una x en la casilla que corresponda este dato se obtiene de la historia clínica del día de la atención del parto.
- Pregunta Numero 29: marque con una x en la casilla que corresponda este dato se obtiene de la historia clínica del día de la atención del parto.
- Pregunta Numero 30, 30.1, 30.2, 30.3: marque con una x en la casilla que corresponda este dato se obtiene de la historia clínica del día de la atención del parto y de las evoluciones siguientes consignadas en historia clínica. En algunos casos la gestante ya cuenta con este diagnostico o el diagnostico se realiza al ingreso.
- Pregunta Numero 31: marque con una x en la casilla que corresponda este dato se obtiene de la historia clínica del día de la atención del parto.
- Pregunta Numero 32: marque con una x en la casilla que corresponda este dato se obtiene de la historia clínica del día de la atención del parto y de las evoluciones siguientes consignadas en historia clínica.
- Pregunta Numero 33: marque con una x en la casilla que corresponda este dato se obtiene de la historia clínica de atención prenatal y la historia de ingreso del día de la atención del parto.
- Pregunta Numero 34: marque con una x en la casilla que corresponda este dato se obtiene de la historia clínica del día del parto, en caso de ser cesárea la vía de terminación de la gestación, en la casilla indicación especificar la causa de la misma, en la pregunta 34.4: EG (corresponde a la edad del embarazo en semanas al momento de terminar la gestación) dato se obtiene de la historia clínica del día de la atención del parto
- Pregunta Numero 35 : marque con una x en la casilla que corresponda, pregunta 35.1 (peso en kilogramos del producto de la gestación) este dato se obtiene de la historia clínica del recién nacido del día del parto
- Pregunta Numero 36: marque con una x en la casilla que corresponda este dato se obtiene de la historia clínica del recién nacido del día del parto.

ANEXO 3: TRAYECTORIA DE LOS INVESTIGADORES

TRAYECTORIA DE LOS INVESTIGADORES: (Máximo 250 palabras)

HOJA DE VIDA (RESUMEN)		
Diligencie para cada investigador		
DATOS DE IDENTIFICACIÓN:		
Nombres y Apellidos	MARIA CAROLINA CASTILLO FLOREZ	
Documento de Identificación:	Tipo CEDULA	N° 52.697.626
Fecha de Nacimiento	30 ABRIL DE 1980	
Nacionalidad:	COLOMBIANA	
Entidad donde labora	HOSPITAL MILITAR CENTRAL	
Cargo o posición actual	RESIDENTE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA	
Correo electrónico:	Caritocarito777@yahoo.com	
Tel/fax	3124549693	
TÍTULOS ACADÉMICOS OBTENIDOS (área/disciplina, universidad, año): MEDICO CIRUJANO FUNDACION UNIVERSITARIA CIENCIAS DE LA SALUD HOSPITAL DE SAN JOSE 2004 GERENCIA INTEGRAL DE SERVICIO DE SALUD UNIVERSIDAD EL ROSARIO 2008		
CARGOS DESEMPEÑADOS (tipo de posición, institución, fecha) EN LOS ÚLTIMOS 2 AÑOS: RESIDENTE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA UNIVERSIDAD MILITAR NUEVA GRANADA		
POR FAVOR RELACIONE LAS INVESTIGACIONES INICIADAS EN LOS ÚLTIMOS DOS (2) AÑOS: NO		
POR FAVOR RELACIONE LAS PUBLICACIONES EN REVISTAS CIENTÍFICAS QUE HAYA REALIZADO EN LOS ÚLTIMOS DOS (2) AÑOS: NO		
PATENTES, PROTOTIPOS U OTRO TIPO DE PRODUCTOS TECNOLÓGICOS O DE INVESTIGACIÓN OBTENIDOS EN LOS ÚLTIMOS DOS (2) AÑOS: NO		

TRAYECTORIA DE LOS INVESTIGADORES: (Máximo 250 palabras)**HOJA DE VIDA (RESUMEN)**

Diligencie para cada investigador

DATOS DE IDENTIFICACIÓN:

Nombres y Apellidos	LILIANA PACHON VIVAS	
Documento de Identificación:	Tipo: CEDULA	N° 41.957.821
Fecha de Nacimiento	21 SEPTIEMBRE DE 1983	
Nacionalidad:	COLOMBIANA	
Entidad donde labora	HOSPITAL MILITAR CENTRAL	
Cargo o posición actual	RESIDENTE GINECOLOGIA OBSTETRICIA	
Correo electrónico:	pachonliliana@gmail.com	
Tel/fax	3207276380	

TÍTULOS ACADÉMICOS OBTENIDOS (área/disciplina, universidad, año):
MEDICO CIRUJANO , UNIVERSIDAD DEL QUINDIO, 2007

CARGOS DESEMPEÑADOS (tipo de posición, institución, fecha) EN LOS ÚLTIMOS 2 AÑOS:

RESIDENTE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA , 2010
RESIDENTE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA, 2011

POR FAVOR RELACIONE LAS INVESTIGACIONES INICIADAS EN LOS ÚLTIMOS DOS (2) AÑOS:
NO

POR FAVOR RELACIONE LAS PUBLICACIONES EN REVISTAS CIENTÍFICAS QUE HAYA REALIZADO EN LOS ÚLTIMOS DOS (2) AÑOS:
NO

PATENTES, PROTOTIPOS U OTRO TIPO DE PRODUCTOS TECNOLÓGICOS O DE INVESTIGACIÓN OBTENIDOS EN LOS ÚLTIMOS DOS (2) AÑOS:

NO