

**UNIVERSIDAD AMAZONICA DE PANDO  
UNIDAD ACADEMICA LAS PIEDRAS  
PROGRAMA DE ENFERMERÍA**



**CONTROL PRENATAL EN ADOLESCENTES Y SUS  
COMPLICACIONES MATERNAS Y PERINATALES QUE  
ACUDIERON AL CENTRO DE SALUD 31 DE ENERO,  
DE ABRIL A JUNIO DEL 2025**

**MONOGRAFIA DE INVESTIGACIÓN REALIZADA DURANTE EL  
SERVICIO SOCIAL RURAL OBLIGATORIO PARA OPTAR AL TITULO  
DE LICENCIATURA EN ENFERMERÍA**

**AUTOR: UNIV. DANIA IMAPOCO CARTAGENA**

**TUTOR: LIC. AMPARO ARREDONDO BAZÁN**

**DOCENTE: LIC. DIGNA CARI CONDOLI**

**LAS PIEDRAS – PANDO – BOLIVIA**

**GESTION 2025**

## HOJA DE APROBACION

Este trabajo de Investigación del Servicio Social Rural Obligatorio S.S.S.R.O, ha sido aprobado en su presente forma, por la Unidad Académica Las Piedras dependiente de la Universidad Amazónica de Pando, Dirección de Ciencias de la Salud.

Aprobado por el tribunal

FIRMANTES

LIC.....

TRIBUNAL

LIC.....

TRIBUNAL

LIC.....

TRIBUNAL

LIC.....

TRIBUNAL

LIC.....

TUTOR

## **DEDICATORIA**

Este trabajo está dedicado, en primer lugar, a Dios, por darme la vida y la fortaleza para llegar a este punto crucial en mi formación profesional.

A mi madre: Elina Cartagena Suarez quien ha sido el pilar fundamental en mi vida, brindándome siempre su amor y apoyo incondicional, incluso cuando nuestras opiniones han diferido.

A mi padre: Rubén Imapoco Tuno, quien ha confiado en mí y, a través de sus consejos.

A mi esposo: Wilmar Aguilera Apuri que me ha orientado hacia la culminación de mi carrera profesional. Sé que este momento hubiera sido tan significativo para ti como lo es para para mí.

A mis Hijos: Wilmer Aguilera Imapoco, Rubén Aguilera Imapoco, Wilmar Aguilera Imapoco y Isabel Aguilera Imapoco, quienes son el motor para seguir adelante en mi formación académica.

## AGRADECIMIENTOS

Primeramente, le doy gracias a Dios por haberme otorgado una familia maravillosa quienes han creído en mí y siempre dándome ejemplo de superación, humildad, sacrificio y también enseñándome a valorar todo lo que tengo. Gracias Dios por guiarme siempre en tu camino y darme la fortaleza en los momentos más difíciles de mi vida.

En segundo lugar, le doy gracias a mis padres, a mi esposo y mis hijos por ser los principales motores de mis sueños, por apoyarme en cada paso que doy.

Agradezco mucho a mi Universidad Amazónica de Pando-Cobija, Unidad Académica las Piedras, Carrera de Enfermería, que ha sido una parte fundamental en mi crecimiento profesional, por su enseñanza y dedicación durante estos años de carrera y por haberme permitido formarme como profesional, a mis amigos y compañeros de mi promoción, que fueron los responsables de la culminación de este Agradezco profundamente a mis Docentes, por su paciencia y dedicación en transmitirme sus conocimientos a lo largo de mi formación.

Un agradecimiento especial al director Dr. Rubén Zeballos Arando y al personal de enfermería, Odontología, Médicos SAFCI, y personal de apoyo del Centro de Salud 31 de Enero, cuyo apoyo ha sido esencial para la realización de este trabajo.

## INDICE

RESUMEN.....	9
ABSTRACT .....	10
1.1 INTRODUCCIÓN .....	11
1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	12
1.3 HIPOTESIS .....	13
1.4 OBJETIVOS.....	13
1.5 JUSTIFICACION.....	13
2. MARCO TEORICO .....	14
2.1. EMBARAZO ADOLESCENTE .....	17
2.2. FACTORES PREDISPONENTES DEL EMBARAZO ADOLESCENTE: .....	18
2.3. COMPLICACIONES MATERNAS Y PERINATALES .....	19
2.4.- CONSECUENCIAS ADVERSAS DE UN EMBARAZO ADOLESCENTE NO PLANIFICADO: .....	19
2.5. CONTROL PRENATAL .....	20
2.7. SIGNOS DE PELIGRO QUE DEBE CONOCER LA EMBARAZADA- ADOLESCENTE: .....	21
2.8. TIPO DE EDUCACIÓN QUE DEBE RECIBIR LA PACIENTE EMBARAZADA ADOLESCENTE ASESORÍA SOBRE EL EMBARAZO,.....	22
2.9. IMPORTANCIA DE LOS CONTROLES PRENATALES: .....	23
2.10. MARCO LEGAL EN BOLIVIA .....	23
2.11. ACCIONES Y DESAFÍOS: .....	25

2.11.1. Reducción de embarazos en adolescentes:.....	25
2.12. ROL DE ENFERMERIA EN EL EMBARAZO ADOLESCENTE.....	26
2.13. DEFINICIONES CONCEPTUALES ADOLESCENTES: .....	26
3. DISEÑO DE INVESTIGACION .....	27
3.1. AREA DE ESTUDIO.....	27
3.2. POBLACION – MUESTRA .....	28
3.3 INSTRUMENTOS DE RECOJO DE INFORMACIÓN .....	28
3.4. UNIDAD DE ANALISIS.....	28
3.5. TÉCNICA.....	28
3.6. CRITERIOS DE INCLUSIÓN .....	28
3.7. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN .....	29
3.8. CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	29
4. TABLAS Y GRAFICOS .....	29
5. CONCLUSIONES .....	40
5.1 RECOMENDACIONES .....	41
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS .....	42
ANEXOS.....	44

## INDICE GRAFICOS

Grafico 1 Estado civil de las adolescentes con control y sin control y sus complicaciones maternas perinatales que acudieron al C.S. 31 de enero .....	30
Grafico 2 Embarazo planificado con control y sin control de las adolescentes y sus complicaciones maternas perinatales que acudieron al C.S. 31 de enero .....	31
Grafico 3 Uso de métodos Anticonceptivos con control y sin control de las adolescentes y sus complicaciones maternas perinatales que acudieron al C.S. 31 de Enero.....	32
Grafico 4 Edad de la Pareja (años) con control y sin control de las adolescentes y sus complicaciones maternas perinatales que acudieron al C.S. 31 de enero .....	33
Grafico 5 Sus padres son separados, con control y sin control de las adolescentes y sus complicaciones maternas perinatales que acudieron al C.S. 31 de enero .....	34
Grafico 6 Número de controles prenatales con control y sin control de las adolescentes y sus complicaciones maternas perinatales que acudieron al C.S. 31 de enero .....	35
Grafico 7 Inicio de controles prenatales, con control y sin control de las adolescentes y sus complicaciones maternas perinatales que acudieron al C.S. 31 de enero .....	36
Grafico 8 Complicaciones del embarazo en adolescentes con control prenatal y sin control prenatal que acudieron al C.S. 31 de enero .....	38

**INDICE DE TABLAS**

Tabla 1 Estado civil de las adolescentes con control y sin control y sus complicaciones maternas perinatales que acudieron al C.S. 31 de enero. ....	29
Tabla 2 Embarazo planificado con control y sin control de las adolescentes y sus complicaciones maternas perinatales que acudieron al C.S. 31 de enero. ....	30
Tabla 3 Uso de métodos Anticonceptivos con control y sin control de las adolescentes y sus complicaciones maternas perinatales que acudieron al C.S. 31 de Enero.....	31
Tabla 4 Edad de la Pareja (años) con control y sin control de las adolescentes y sus complicaciones maternas perinatales que acudieron al C.S. 31 de enero. ....	32
Tabla 5 Sus padres son separados, con control y sin control de las adolescentes y sus complicaciones maternas perinatales que acudieron al C.S. 31 de enero. ....	34
Tabla 6 Número de controles prenatales con control y sin control de las adolescentes y sus complicaciones maternas perinatales que acudieron al C.S. 31 de enero. ....	35
Tabla 7 Inicio de controles prenatales, con control y sin control de las adolescentes y sus complicaciones maternas perinatales que acudieron al C.S. 31 de enero. ....	36
Tabla 8 Complicaciones del embarazo en adolescentes con control prenatal y sin control prenatal que acudieron al C.S. 31 de enero. ....	37

## RESUMEN

El embarazo en adolescentes es de alto riesgo, por lo que es importante conocer los beneficios del control prenatal.

**OBJETIVO:** Describir si existe diferencia entre las complicaciones obstétricas y perinatales entre las gestantes adolescentes que llevan su control prenatal dentro del C.S. 31 de enero y las adolescentes que no se documenta control dentro del C.S 31 de enero.

**MATERIALES Y MÉTODOS:** Estudio Observacional comparativo, de 46 adolescentes con control prenatal en el Centro de Salud, comparado con un grupo de 46 adolescentes sin control prenatal o sin documentación. Información recolectada con entrevista estructurada y revisión de historias clínicas. Se tabula la información y se describen en tablas y porcentajes los hallazgos.

La edad promedio de adolescentes con control prenatal documentado fue de 16 años y de 17 años para adolescentes sin control prenatal o sin documentación. Características maternas encontramos: solteras (75%), nivel académico bajo (73.9%). Complicación materna más frecuente para ambos grupos fue la anemia (43.5%), mientras que la preeclampsia (13.0%) y el trabajo de parto disfuncional (14.8%), fueron mayores en las de adolescentes sin control prenatal o sin documentación. Las complicaciones perinatales más resaltantes en las adolescentes: sufrimiento fetal agudo (13.0%), recién nacido prematuro (13.0%) y bajo peso al nacer (8.7%).

Las adolescentes sin control prenatal adecuado, tienen mayor frecuencia de complicaciones maternas perinatales que el grupo que si tiene un control prenatal adecuado.

**PALABRAS CLAVE:** Adolescente, control prenatal, complicaciones maternas, complicaciones perinatales, características maternas.

## **ABSTRACT**

Teenage pregnancy is a high-risk condition, so it is important to understand the benefits of prenatal care.

**OBJECTIVE:** To describe whether there is a difference in obstetric and perinatal complications between pregnant adolescents who receive prenatal care through the C.S. 31 de Enero Health Center and adolescents who do not receive prenatal care through the C.S. 31 de Enero Health Center.

**MATERIALS AND METHODS:** A comparative observational study of 46 adolescents with prenatal care at the Health Center compared to a group of 46 adolescents without prenatal care or without documentation. Information was collected through a structured interview and review of medical records. The information was tabulated, and the findings are described in tables and percentages. **RESULTS:** The average age of adolescents with documented prenatal care was 16 years, and 17 years for adolescents without or without prenatal care. Maternal characteristics were: single (75%) and low educational level (73.9%). The most frequent maternal complication for both groups was anemia (43.5%), while preeclampsia (13.0%) and dysfunctional labor (14.8%) were higher among adolescents without or without prenatal care. The most notable perinatal complications in adolescents were: acute fetal distress (13.0%), premature newborn (13.0%), and low birth weight (8.7%).

**CONCLUSION:** Adolescents without adequate prenatal care had a higher frequency of perinatal maternal complications than the group with adequate prenatal care.

**KEY WORDS:** Adolescent, prenatal care, maternal complications, perinatal complications, maternal characteristics

## 1.1 INTRODUCCIÓN

El embarazo adolescente es aquella condición de gestación que ocurre en la edad de la adolescencia, comprende mujeres menores de 19 años de edad, independiente de la edad ginecológica. La tasa de fecundidad (TF) que puede ser interpretado como el promedio de hijos nacidos vivos en un grupo determinado; es más alta en los países en desarrollo y en estos mismos se observa un aumento en las TF en adolescentes, Guatemala se ubica en la cuarta posición, solo por detrás de Nigeria, Nicaragua con una TF 107 x 1000 nacidos vivos. Según la V Encuesta nacional de Salud Reproductiva en Guatemala. Escuintla se sitúa entre los primeros 8 departamentos con mayores TF endonde dicha tasa para gestantes menores de 19 años es de 110, siendo mayor en el área rural que en la urbana. En países como el nuestro aproximadamente el 20% a 60% los embarazos son no deseados y los adolescentes generalmente tienen escasa información sobre el correcto uso de medidas anticonceptivas y sobre la fertilidad. La última encuesta realizada en Latinoamérica sobre salud reproductiva reveló que hasta el 85% de las adolescentes tienen su primera actividad sexual sin protección, lo que supone un riesgo mayor para este grupo de contraer enfermedades de transmisión sexual y en caso de la adolescente exponerse a un embarazo no deseado. El embarazo en adolescentes se relaciona con riesgo de parto pre-término, bajo peso al nacer, hipertensión y anemia casial doble de la mujer adulta. Las jóvenes entre 15 y 19 años, tienen doble probabilidad de morir a causa del evento reproductivo que las mayores de 20 años y, en las menores de 15 años, este riesgo es 6 veces mayor. Las jóvenes suelen no asistir a control prenatal lo hacen tardíamente debido al desconocimiento de los recursos disponibles, la poca accesibilidad a dichos recursos, desconocimiento de la importancia del control y/o al retardo en el diagnóstico del embarazo.

## 1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El embarazo en adolescente supone un estado de mayor riesgo y vulnerabilidad, razón por la que se debe llevar un control prenatal estricto, que provea a la gestante del conocimiento adecuado para cuidar su salud y evitar o disminuir complicaciones tanto maternas como fetales y poder llegar a culminar el embarazo de una forma exitosa. El ministerio de Salud, con el fin de disminuir las altas tasas de morbilidad y mortalidad en este grupo de mujeres, maneja un protocolo de atención prenatal para dicha paciente, el cual es empleado en Centros de Salud y Puestos de Salud, y hospitales.

Respecto a los registros de niñas de 10 a 14 años a nivel nacional, se identificó 10 municipios donde habría registrado más de 35 embarazos en la gestión 2022, entre las que se encuentran cinco municipios del área urbana y rural: Riberalta, Montero, Guayaramerín, San Borja y San Ignacio de Velasco,

Según datos de la estadística interna del Hospital Materno Infantil, el porcentaje de partos, prematuros y abortos fueron atendidos dentro de las instalaciones del Hospital Materno Infantil ha venido en aumento desde el 2022-2024 donde se atendió un total de 159 gestantes menores de 18 años, representando un grupo de pacientes, de las cuales no se cuenta con datos exactos que nos proporcionen conocimientos sobre el perfil, el control prenatal, que hayan o no llevado y sobre todo las complicaciones tanto maternas como perinatales que se presentan. La Población de adolescentes en el Centro de Salud 31 de Enero es de 1.040 y se encuentra el 60 % ( $1040 \times 60\% = 624$ ) y de las 624 adolescentes solo asistieron al Centro de Salud 31 de Enero 46 Adolescentes embarazadas.

Con este fin se realizó un estudio que proporciona más información sobre las características de las gestantes adolescentes que resuelven parto en este centro asistencial, y se determinan las complicaciones maternas y perinatales de las pacientes que llevaron su control prenatal y se comparan con aquellas pacientes que solo llegaron a resolver su parto sin llevar

control dentro de dicha institución, esto nos permitirá valorar la existencia de diferencias entre ambos grupos.

### **1.3 HIPOTESIS**

¿Al llevar a cabo atenciones de control prenatal por el personal calificado en adolescentes implicara un menor número de complicaciones maternas y perinatales?.

¿A mayor número de control prenatal menor será las complicaciones maternas y perinatales?

### **1.4 OBJETIVOS**

#### **1.4.1 OBJETIVO GENERAL**

Describir si las complicaciones Maternas y Perinatales entre las gestantes adolescentes que llevaron su control prenatal en el Centro de Salud 31 de Enero y las gestantes adolescentes que no llevaron control prenatal dentro del Centro de Salud 31 de Enero de Abril a Junio del 2025 .

#### **1.4.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS**

- Establecer cuáles son las características maternas y perinatales del grupo de adolescentes.
- Identificar las complicaciones maternas más frecuentes en adolescentes gestantes.
- Enumerar las complicaciones perinatales más frecuentes en las adolescentesgestantes.

### **1.5 JUSTIFICACION**

En los últimos años, el incremento de los índices de maternidad adolescente, es un motivo de preocupación en el departamento del Beni, y por que no decirlo en la ciudad de Guayaramerin y también del Centro de Salud 31 de Enero, no es la excepción, ya que se

observa un gran aumento de casos de embarazo adolescente en los últimos 5 años, con una marcada proporción de crecimiento en la franja etaria de 10 a 18 años y como consecuencia de esto el incremento de problemas relacionados con las complicaciones maternas perinatales. La maternidad en las adolescentes significa riesgos para la salud de ellas y la de sus hijos, desde que comienza, pues la mayoría son embarazos no planeados ni deseados. La importancia de esta investigación, en el ámbito de enfermería, radica en la necesidad de generar acciones que contengan a la población, desde el punto de vista educativo, tanto para la población adolescente como la población adulta.

El control prenatal en adolescentes es crucial debido a los riesgos asociados al embarazo en esta etapa de la vida, tanto para la madre como para el bebé. El control prenatal permite identificar y manejar complicaciones como la pre eclampsia, la anemia, infecciones y partos prematuros, además de brindar apoyo emocional y educativo para la madre adolescente.

El presente estudio de investigación sobre la importancia de los controles prenatales en Bolivia debe destacar cómo estos controles son cruciales para la salud materna y fetal, permitiendo la detección temprana de complicaciones y la promoción de un embarazo saludable. Los controles prenatales son un conjunto de acciones y actividades que se realizan durante el embarazo para asegurar la salud de la madre y el desarrollo adecuado del bebé. En Bolivia, estos controles son especialmente importantes debido a las altas tasas de mortalidad materna y perinatal, y se asocian con programas como el Bono Juana Azurduy y el Servicio Integral de Salud.

## **2. MARCO TEORICO**

La adolescencia es el periodo de la vida en el cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez, consolida la independencia socio-económica y fija sus límites aproximados entre los 10 y 20 años. Durante

la adolescencia los jóvenes sufren diversas transformaciones psicológicas, físicas y cognoscitivas. Es una época caracterizada por la aparición de la pubertad, el establecimiento de la independencia de los padres, la búsqueda de la identidad y el desarrollo de procesos cognoscitivos. A medida que los adolescentes experimentan estos cambios, pueden probar muchos comportamientos de riesgo entre los que se encuentran la actividad sexual. La proporción de adolescentes que han tenido relaciones sexuales antes de los 18 años ha mostrado un aumento progresivo desde los años setenta. Hoy en día, más de la mitad de las mujeres y casi el 75% de los varones han tenido relaciones sexuales antes de cumplir los 18 años. Los adolescentes que adoptan comportamientos de alto riesgo, como es el coito no protegido, tienen el riesgo de quedar embarazadas y contraer enfermedades de transmisión sexual (ETS), incluida el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), riesgo de enfermedad pélvica inflamatoria (EPI) e infertilidad futura. (OMS/ salud de los adolescentes. Pag 44)

a). - **Desarrollo Fisiológico:** Durante la pubertad (9 a 14 años de edad) se desencadenan secreciones hormonales. El comienzo de esta etapa, está bajo la influencia de factores como el sexo, la herencia genética, el tipo corporal, la nutrición y la salud. Los cambios corporales pueden hacer que los adolescentes se sientan tímidos y raros. En esta etapa, se desarrollan las características sexuales secundarias (vello púbico, crecimiento de las mamas), que tienen efecto en la imagen corporal y las características sexuales primarias (maduración de ovarios y testículos). Según OMS llevan a la madurez para la reproducción. La maduración de los ovarios y los testículos está marcada por la aparición de la menarca en las niñas y la 1º eyaculación en los varones.

b). - **Desarrollo Cognoscitivo:** En esta etapa los adolescentes se vuelven más introspectivos y egocéntricos, creen que sus experiencias son únicas. Crean una ausencia imaginaria y piensan que todas las personas los están mirando.

En general, algunos adolescentes no dominan el pensamiento operacional normal. El razonamiento lógico y abstracto les permite especular, formar hipótesis e imaginar posibilidades. Piaget (1969), sostiene que la maduración del cerebro y el cuerpo crean condiciones para la aparición del pensamiento operacional formal, pero muchos jóvenes permanecen fijos en el pensamiento operacional concreto y no pueden educación son factores esenciales para fomentar el desarrollo del pensamiento operacional formal.

*c). - Desarrollo Moral:* El desarrollo cognoscitivo y psicosocial permite a los adolescentes un pensamiento más abstracto y un cuestionamiento de las opiniones morales de los padres. El desarrollo social los expone a una variedad de valores éticos. La mayoría de los adolescentes siguen reglas para obtener la aprobación de los otros. A medida que maduran y ganan experiencia, desarrollan su propio código moral y personal.

*d). - Desarrollo Psicosocial:* La tarea principal es la búsqueda de la identidad como persona y como miembro de la comunidad. Luchan por mantener su individualidad, aunque, al mismo tiempo dudan sobre sí mismos y buscan la aceptación de sus iguales. Además, dependen de sus padres en el plano económico y emocional. Antecedentes de motivaciones de la actividad sexual precoz. La actividad sexual es en gran medida experimental y de exploración para la mayoría de los adolescentes. Las jóvenes cuyas vidas carecen de estructura, tienen mayor probabilidad de iniciar la actividad sexual de forma precoz, que aquellas que presentan una guía atenta por parte de sus padres. La edad promedio de inicio sexual en los adolescentes ha ido disminuyendo (en una encuesta realizada a una población estudiantil en 1995 en Buenos Aires, se observó que la edad promedio de inicio de las relaciones sexuales, fue de 14,9 años para los varones y 15,7 para las mujeres) pero la capacidad para evitar el embarazo y las enfermedades de transmisión sexual no acompaña a este comportamiento. El Programa Salud Reproductiva sostiene que más allá de la información que manejan los jóvenes respecto a la anticoncepción, el embarazo adolescente

es un asunto más complejo, donde también se ve involucrado el deseo de “tener algo propio”, especialmente en estratos sociales más necesitados, donde disminuyen las posibilidades de obtener logros personales a través de proyectos laborales o profesionales.

## **2.1. EMBARAZO ADOLESCENTE**

El embarazo adolescente hace referencia a toda gestación que ocurre durante la adolescencia y comprende las mujeres de hasta 19 años, es decir, todo embarazo que ocurre dentro del tiempo transcurrido desde la menarca, y/o cuando la adolescente es aun dependiente de su núcleo familiar de origen. Las adolescentes que se embarazan, más que cualquier otra adolescente, necesitan apoyo, comprensión y ayuda, ya que está más sensible, insegura y desvalorizada que cualquier otra mujer y con mayor razón para una adolescente, que no se convierte en adulto por el hecho de ser madre. Para comprender como vive el embarazo una adolescente, se debe tener en cuenta que los cambios psicológicos, estarán condicionados por su historia de vida, por la relación con el progenitor de su hijo, por la situación con su familia, por su edad y especialmente por su madurez personal. El embarazo cambia la percepción que ella tiene de la vida, más aún si este no ha sido planeado. Surgen emociones fuertes y variadas (tensión, angustia, impacto económico y social), que afectan la adaptación social y la salud mental de los adolescentes. El riesgo de problemas durante el embarazo y el parto es máximo en la adolescente; la incidencia de bajo peso al nacer y de abortos espontáneos, así como de mortalidad infantil es de 2 a 3 veces más alta, que en las mujeres mayores de 25 años. La adolescente muy joven tiene un riesgo elevado particular durante el embarazo, porque tiende acudir más tarde a los cuidados prenatales. Esta demora, puede ser el resultado del reconocimiento tardío del embarazo, su negación o el desconocimiento de los recursos disponibles.

## **2.2. FACTORES PREDISPONENTES DEL EMBARAZO ADOLESCENTE:**

Menarca temprana: otorga madurez reproductiva cuando aún no maneja las situaciones de riesgo. Inicio precoz de relaciones sexuales: cuando aún no existe la madurez emocional necesaria para implementar una adecuada prevención.

### **2.2.1 Familia disfuncional:**

Que ponen de manifiesto la necesidad de protección de una familia continente, con buen diálogo padres – hijos. Su ausencia genera carencias afectivas que impulsan a relaciones sexuales que tienen mucho más de sometimiento para recibir afecto, que genuino vínculo de amor.

### **2.2.2. Bajo nivel educativo:**

Cuando hay un proyecto de vida que prioriza alcanzar un determinado nivel educativo y posponer la maternidad para la edad adulta, es más probable que la joven, aun teniendo relaciones sexuales, adopte una prevención efectiva del embarazo. Pensamiento mágico: propios de esta etapa de la vida, que las lleva a creer que no se embarazarán porque no lo desean. Fantasías de esterilidad: comienzan sus relaciones sexuales sin cuidados y, como no se embarazan por casualidad, piensan que son estériles.

### **2.2.3. Falta o distorsión de la información:**

Es común que entre adolescentes circulen mitos respecto a relaciones sexuales o concepción que llevan a conductas inapropiadas de cuidado. Controversias entre su sistema de valores y el de sus padres: cuando en la familia hay una severa censura hacia las relaciones sexuales entre adolescentes, muchas veces los jóvenes las tienen por rebeldía. Aumento en número de adolescentes: alcanzando el 50% de la población femenina.

### **2.2.4. Factores socioculturales:**

La evidencia del cambio de costumbres derivado de una nueva libertad sexual, que se da por igual en los diferentes niveles socioeconómicos. El embarazo en las adolescentes se ha

convertido en seria preocupación para varios sectores sociales tanto desde el ámbito de la salud, por las complicaciones clínicas y en lo psicosocial, por las consecuencias adversas que el hecho tiene sobre la adolescente y sus familiares.

### **2.3. COMPLICACIONES MATERNAS Y PERINATALES**

Desde lo clínico, se ha correlacionado al embarazo adolescente con el aumento de la mortalidad materna, aumento en las cesáreas, en la desproporción feto-pelviana, la complejidad del parto, en la cantidad de bebés prematuros y de bajo peso (menos de un kilo y medio). La dificultad para la aceptación del embarazo de las madres adolescentes generalmente se vincula con una mala nutrición, poco cuidado y **falta de control pre-natal del embarazo**, que después deriva a las complicaciones antes mencionadas. Además, esta situación puede prolongarse post-parto, hacia un pobre estado nutritivo o lento desarrollo psicomotor del niño por poca estimulación. Desde lo psicosocial, el embarazo adolescente produce un encadenamiento de problemas. Los padres adolescentes generalmente sufren de abandono escolar, inserción laboral prematura y pérdida de vivencias propias de la adolescencia. A veces, la familia de origen rechaza el embarazo y en muchas circunstancias el padre puede desligarse o ser excluido del rol de padres.

### **2.4.- CONSECUENCIAS ADVERSAS DE UN EMBARAZO ADOLESCENTE NO PLANIFICADO:**

#### **2.4.1. Consecuencias para la Madre adolescente:**

Frecuente deserción escolar para absorber la mantención de su familia.

trabajos inestables y de menor remuneración que sus padres, sometidos a un stress inadecuado a su edad.

- Nivel de instrucción;
- Desconocimiento de métodos anticonceptivos;
- Posición socio-cultural;

- Situación económica;
- Acceso a los servicios de salud;
- Toma de conciencia y valores;
- Manejo de la información o falta de ella;
- Exceso de confianza;
- Comunicación ausente o deficiente entre padres y adolescentes;
- Escaso control de los Padres;
- Exceso de información de fuentes no confiables (internet, tv., etc.);

## **2.5. CONTROL PRENATAL**

Es la atención médica periódica que se presta a la embarazada adolescente con el objeto de vigilar la evolución del embarazo, prevenir y tratar las complicaciones maternas fetales, preparar física y psíquicamente para el parto y la atención de su hijo a fin de disminuir los riesgos de morbilidad materna, fetal y perinatal

El control prenatal es el cuidado de salud de la madre y el niño por nacer, tiene como finalidad obtener un niño sano, nacido en término de nueve meses con un peso normal, que la madre se encuentre sana y en condiciones de criar a su niño. En este sentido, Schuwarcs en su libro Obstetricia señala que: “El control pre natal es igual a vigilancia prenatal, asistencia prenatal, a la serie de contactos entrevistas o visitas programadas de la embarazada con integrantes del equipo de salud con el objetivo de vigilar la evolución del embarazo y obtener de esta manera una adecuada preparación para el parto y la posterior crianza del niño

### **2.5.1. Por tanto, el control pre-natal se centra en:**

Precoz: el control deberá iniciarse lo más temprano posible en el primer trimestre de la gestación, con la finalidad de permitir la ejecución oportuna de acciones de fomento, protección y recuperación de la salud que constituye la razón fundamental del control

prenatal, además con la finalidad de identificar embarazos de alto riesgo y planificar eficazmente el manejo de cada caso.

Periódico: la frecuencia de controles prenatales varía según el riesgo que presenta la embarazada, para determinar si presentan embarazos de alto riesgo, las cuales requerirán un mayor número de consultas y las de bajo riesgo requieren un número menor de consultas. Algunas normas fijan un número de cinco consultas entre las semanas veintitrés y veintisiete y una cada cuatro semanas a partir de la semana veintisiete. Otras normas plantean un número mayor de controles prenatales, uno de cada tres semanas entre las semanas veintisiete y treinta y seis, luego uno de cada dos semanas desde las treinta y seis hasta el término.

Completo: garantizar el cumplimiento efectivo de las acciones de fomento, protección, recuperación y rehabilitación de la salud de la mujer y el producto en curso.

Extenso: para realizar un control prenatal efectivo no se requieren instalaciones costosas, aparatos complicados, ni laboratorios sofisticados; Sin embargo, se requiere el uso sistemático de una historia clínica que recoja y documente la información pertinente.

## **2.6. LA CONSULTA EN EL CONTROL PRENATAL DEBE SER:**

Precoz, periódico, completo, amplia cobertura y gratuito.

Precoz: cuanto más antes se inicie la atención prenatal, tanto mayor será la posibilidad de detectar los factores de riesgo.

Periódica: la OMS recomienda un mínimo de 5 controles prenatales: la primera consulta antes de las 20 semanas el número de controles prenatales podrá ser incrementado de acuerdo a la evolución del embarazo.

## **2.7. SIGNOS DE PELIGRO QUE DEBE CONOCER LA EMBARAZADA- ADOLESCENTE:**

- Dolor o cólico abdominal o pélvico.
- Contracciones uterinas frecuentes o sensación indolora.

- Hemorragia vaginal.
- Eliminación de exudado acuoso.
- Disminución importante de los movimientos fetales.
- Cefalea intensa o visión borrosa.
- Vómitos persistentes, escalofríos o fiebre

**2.7.1. COMPLICACIONES COMUNES DEL EMBARAZO QUE DEBEN PREVENIRSE MEDIANTE UN BUEN CUIDADO PRENATAL EN LA ADOLESCENTE:**

- Anemia por deficiencia de hierro o ácido fólico.
- Infecciones de vías urinarias y pielonefritis.
- Hipertensión inducida por el embarazo (preeclampsia).
- Trabajo de parto y parto prematuro.
- Retraso del crecimiento intrauterino.
- Enfermedades de transmisión sexual y su efecto en el recién nacido.
- Macrosomía fetal.
- Isoinmunización Rh.
- Presentación pélvica al término.
- Hipoxia o muerte fetal por parto prolongado o nacimiento de postérmino

**2.8. TIPO DE EDUCACIÓN QUE DEBE RECIBIR LA PACIENTE EMBARAZADA ADOLESCENTE ASESORÍA SOBRE EL EMBARAZO,**

El trabajo de parto y el parto, el cuidado del niño y la maternidad, así como las complicaciones comunes de la gestación y la mejoría general de la salud que es parte integral del cuidado prenatal. Esta información puede presentarla la enfermera o el médico a través de breves sesiones de grupo mediante videos o carteles (mientras la gestante aguarda en la sala de espera) proveerlas de libros y folletos para que pueda leer e informarse. Es vital que el

contenido del material de lectura se redacte en forma apropiada para las gestantes, caso contrario el beneficio será nulo.

## **2.9. IMPORTANCIA DE LOS CONTROLES PRENATALES:**

### **2.9.1 Detección temprana de complicaciones:**

Los controles prenatales permiten identificar factores de riesgo y complicaciones como la preeclampsia, diabetes gestacional y otras condiciones que pueden afectar la salud de la madre y el bebé.

### **2.9.2 Reducción de la mortalidad materna y perinatal:**

Al detectar y tratar a tiempo las complicaciones, se puede reducir significativamente la mortalidad materna y perinatal.

### **2.9.3. Promoción de la salud:**

Los controles prenatales brindan información y educación a las mujeres embarazadas sobre los cambios en su cuerpo, la nutrición adecuada, la importancia de la lactancia materna y el cuidado del recién nacido.

### **2.9.4. Acceso a servicios de salud:**

Los controles prenatales garantizan que las mujeres embarazadas tengan acceso a servicios de salud de calidad, incluyendo exámenes médicos, pruebas de laboratorio y orientación sobre la preparación para el parto y el cuidado del bebé.

### **2.9.5 Empoderamiento de la mujer:**

Al participar activamente en los controles prenatales, las mujeres se empoderan, toman decisiones informadas sobre su salud y la de su bebé, y se sienten más seguras durante el embarazo y el parto.

## **2.10. MARCO LEGAL EN BOLIVIA**

En Bolivia, el embarazo en adolescentes se rige por un marco legal que busca proteger los derechos de las niñas, niños y adolescentes, incluyendo aquellos relacionados con la salud

sexual y reproductiva. La normativa boliviana reconoce el derecho a la maternidad segura y establece la protección especial del Estado durante el embarazo, parto y postparto, con una visión intercultural.

Normativa clave:

**2.10.1. Código Niña, Niño y Adolescente (Ley N° 548):**

Este código reconoce y protege los derechos de los menores de edad, incluyendo el derecho a la salud y a la vida, con la obligación del Estado de implementar políticas que garanticen condiciones dignas para su desarrollo.

**2.10.2. Plan Plurinacional de Prevención de Embarazos en Adolescentes y Jóvenes (PPEAJ) (2015-2020):**

Este plan busca establecer acciones que promuevan la educación en derechos sexuales y reproductivos, el fortalecimiento de la atención de salud para adolescentes y la prevención de la violencia.

**2.10.3. Derecho a la maternidad segura:**

La legislación boliviana reconoce el derecho de las mujeres a la maternidad segura y establece la protección especial del Estado durante el embarazo, parto y postparto, con una visión intercultural.

**2.10.4. Consentimiento para la adopción:**

La ley regula el consentimiento de madres y padres adolescentes para la adopción, requiriendo la participación de sus representantes legales y la intervención de la Defensoría de la Niñez y Adolescencia para garantizar el cumplimiento de sus derechos.

## **2.11. ACCIONES Y DESAFÍOS:**

### **2.11.1. REDUCCIÓN DE EMBARAZOS EN ADOLESCENTES:**

La Defensoría del Pueblo ha instado al Estado a reducir a "cero" los embarazos en adolescentes menores de 15 años y garantizar el acceso a servicios e información en salud sexual y reproductiva.

#### **2.11.2. Acceso a servicios de salud:**

La normativa promueve el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva para adolescentes, incluyendo la atención en Gabinetes de Atención Integral a Estudiantes (GAIE) y mecanismos de protección.

#### **2.11.3. Educación en derechos sexuales y reproductivos:**

Se busca promover la educación en derechos sexuales y reproductivos para adolescentes, con el objetivo de prevenir embarazos no deseados y promover el ejercicio responsable de la sexualidad.

#### **2.11.4. Desafíos:**

A pesar de los esfuerzos, los embarazos en adolescentes siguen siendo un problema importante en Bolivia, lo que requiere continuar con las acciones de prevención y atención integral a este grupo poblacional.

Es importante destacar que la legislación boliviana busca proteger a los adolescentes y garantizar sus derechos en el contexto del embarazo, pero también reconoce la necesidad de prevenir los embarazos en edades tempranas y promover una maternidad segura y responsable.

#### **2.11.5. Bono Juana Azurduy**

El Bono Juana Azurduy se constituye en un incentivo monetario, que perciben todas las madres bolivianas que no cuentan con un seguro de salud a corto plazo y los niños

menores a dos años, sólo deben cumplir con los controles integrales para acceder a este beneficio.

## **2.12. ROL DE ENFERMERIA EN EL EMBARAZO ADOLESCENTE**

Desde los comienzos de nuestra formación como profesionales de salud, se ha transmitido la esencia de nuestra labor. El rol del enfermero como líder social y nexo de necesidades a ser cubiertas en un contexto donde interviene un equipo de salud detector primordial y principal de problemáticas, familiares y sociales. En la actualidad estamos inversos ante la problemática de embarazo en edades tempranas, donde captamos y nos involucramos ante la confiabilidad de la joven adolescente, para obtener información acerca de su estado emocional, donde se puede ver alterada su psiquis. El abordaje de la problemática establecida se logra, a través de la prevención, en el asesoramiento de la importancia de los controles prenatales, el cumplimiento de esquema de vacunas, informar sobre dietas, para evitar desorden alimenticio, educación en el cuidado e higiene de mamas. El uso de la información acorde al lenguaje de la adolescente, permite intervenir estableciendo la interacción con el equipo de salud, para poder preparar a la joven, en la participación y el compromiso, al momento del parto y en los cuidados del recién nacido. De este modo podemos incorporar la familia y adolescente a establecer un vínculo de reconocimiento y acercamiento para afrontar la responsabilidad del cuidado de la menor y su embarazo. La enfermería adquiere importancia, creando un ambiente de serenidad, confianza, cuidado y protección, para que de este modo podamos mantener un contacto y seguimiento de un embarazo sin riesgo.

## **2.13. DEFINICIONES CONCEPTUALES ADOLESCENTES:**

Es el periodo de vida del ser humano, que se inicia con las primeras transformaciones de cambios en la pubertad que empieza de los 12 a 14 años y concluye el desarrollo adulto entre los 18 a 20 años.

Embarazo: estado de la mujer en gestación, y transcurre entre la fecundación del ovulo con el espermatozoide y el parto, dura aproximadamente 280 días.

Riesgo: posibilidad de sufrir un daño.

Educación: crianza, educación y/o doctrina que experimenta los niños y jóvenes durante sus primeros periodos de la vida.

Maternidad: estado de ser madre. Lugar donde asistir a las parturientas y al recién nacido.

Mujer: persona del sexo femenino, que ha alcanzado la pubertad.

Salud: estado del ser que se encuentra libre de toda enfermedad (física, psíquica y social), y puede ejercer sus funciones.

Varones: criatura racional del sexo masculino, hombre en edad viril.

Parto: es la acción de parir, comprende 3 fases: dilatación, expulsión y alumbramiento.

Puerperio: periodo que experimenta la mujer embarazo después del parto.

Hijos: persona respecto de su padre o de su madre.

Familia: grupo de personas relacionadas por vínculos de parentesco o afinidad.

### **3. DISEÑO DE INVESTIGACION**

La intención es que el problema se investigue, a través de un *método cuantitativo* y que según el periodo y secuencia de estudio sería *transversal*, ya que se estudian las variables simultáneamente en determinado momento, haciendo, posiblemente un corte en el tiempo, y según el alcance que tuvieran los resultados y el análisis de los mismos, el estudio tendría un enfoque *analítico*, ya que buscara contestar porque sucede determinados fenómenos, cuál sería la causa o el factor de riesgo asociado.

#### **3.1. AREA DE ESTUDIO**

Lugar: Ciudad de Guayaramerin – Beni

Ubicación: Esta sobre el Barrio 31 de enero y Calle 1ro de mayo entre Tarija y Max Paredes

Institución: Centro de Salud 31 de enero.

### **3.2. POBLACION – MUESTRA**

Todos los pacientes que acudieron al Centro de Salud 31.

Que consta de 46pacientes

La Población de adolescentes en el Centro de Salud 31 de Enero es de 1.040 y se encuentra el 60 % (  $1040 \times 60\% = 624$ ) y de las 624 adolescentes solo asistieron al Centro de Salud 31 Enero 46 Adolescentes embarazadas.

### **3.3 INSTRUMENTOS DE RECOJO DE INFORMACIÓN**

- Historias clínicas de los pacientes.

### **3.4. UNIDAD DE ANALISIS**

Cada una de las pacientes que fueron atendidos en el Centro de Salud 31 de Enero.

### **3.5. TÉCNICA**

- En cuanto a la técnica, se realizo la revisión de los rregistro médico del paciente, que incluye datos como la edad, sexo, antecedentes de embarazos y controles pre natales y resultados de pruebas diagnósticas previas.

### **3.6. CRITERIOS DE INCLUSIÓN**

- Pacientes atendidos en el Centro de Salud 31 de Enero durante el periodo de Abril a Junio.
- Pacientes de ambos géneros que hayan mantenido relaciones sexuales, sin importar su estado civil.
- Pacientes mayores de 15 años, dado que es la edad legal para tomar decisiones informadas sobre su salud

### 3.7. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Pacientes que no otorguen consentimiento informado o que se nieguen a participar en el estudio.
- Pacientes gestantes mayores de 20 años
- Pacientes con condiciones de salud graves o incapacidad mental que les impidan responder el cuestionario o someterse a las pruebas diagnósticas.
- Que no quieran colaborar brindando la información en la historia de ingreso

### 3.8. CONSIDERACIONES ÉTICAS

Cabe precisar que no se incluyó la participación directa de los pacientes en el estudio, por lo que no requirió la firma de un consentimiento informado; asimismo para salvaguardar la confidencialidad no figuró en la ficha de recolección de datos los nombres de las pacientes, lo que permitió la no identificación del mismo. Para obtener las historias clínicas se solicitó la autorización correspondiente del director del Centro de Salud 31 de enero, Dr. Rubén Zeballos Director del Centro de Salud 31 de Enero y la Lic. Esmeralda Simone Jefe de Enfermeras, para su posterior elaboración del presente trabajo de investigación.

## 4. TABLAS Y GRAFICOS

**Tabla 1**

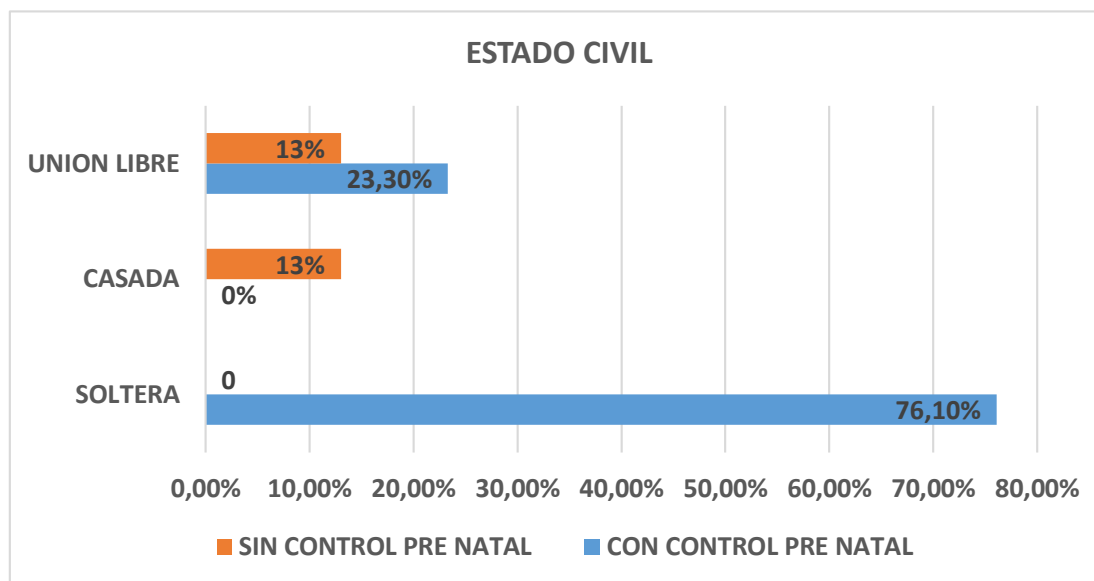
*Estado civil de las adolescentes con control y sin control y sus complicaciones maternas perinatales que acudieron al C.S. 31 de enero.*

ESTADO CIVIL	CON CONTROL PRE NATAL		SIN CONTROL PRE NATAL	
	Nº	%	Nº	%
SOLTERA	35	76.1 %	34	73,9%
CASADA	0	0%	6	13.0%
UNION LIBRE	11	23.3%	6	13.0%
<b>TOTAL</b>	<b>46</b>	<b>100 %</b>	<b>46</b>	<b>100%</b>

FUENTE: HISTORIAS CLINICAS DEL C.S. 31 DE ENERO

### Grafico 1

*Estado civil de las adolescentes con control y sin control y sus complicaciones maternas perinatales que acudieron al C.S. 31 de enero*



FUENTE: HISTORIAS CLINICAS DEL C.S. 31 DE ENERO

En cuanto a esta civil de las adolescentes el 76,1 % son solteras y tienen control pre natal, mientras las adolescentes que no tienen control prenatal es de 73.9%- las que son casadas con trol pre natal son 0% y las casadas con control prenatal son el 13 %, seguidas de la unión libre que 23.3 % son adolescentes con control y el 13 % sin control prenatal.

### Tabla 2

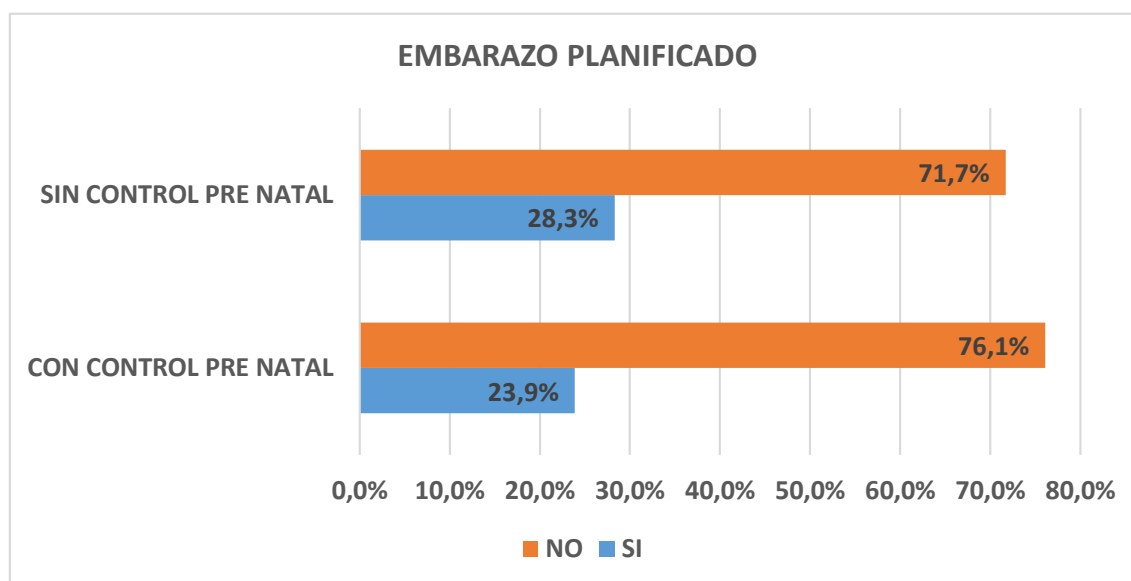
*Embarazo planificado con control y sin control de las adolescentes y sus complicaciones maternas perinatales que acudieron al C.S. 31 de enero.*

EMBARAZO PLANIFICADO	CON CONTROL PRE NATAL		SIN CONTROL PRE NATAL	
	N°	%	N°	%
SI	11	23.9	13	28.3
NO	35	76.1	33	71.7
<b>TOTALES</b>	<b>46</b>	<b>100</b>	<b>46</b>	<b>100</b>

FUENTE: HISTORIAS CLINICAS DEL C.S. 31 DE ENERO

## Grafico 2

*Embarazo planificado con control y sin control de las adolescentes y sus complicaciones maternas perinatales que acudieron al C.S. 31 de enero*



FUENTE: HISTORIAS CLINICAS DEL C.S. 31 DE ENERO

En cuanto a la planificación del embarazo el 76% de las adolescentes con control dentro del C,S, 31 de Enero manifestó no haber planificado su embarazo, de igual manera el 71.7 % de las adolescentes sin control dentro del C.S. 31 de Enero.

### Tabla 3

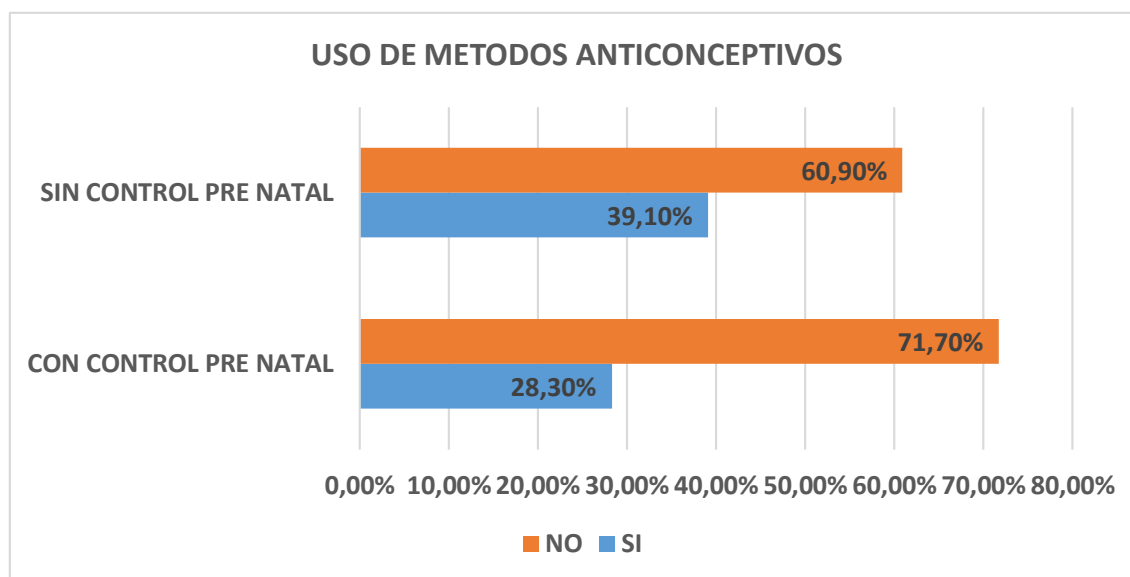
*Uso de métodos Anticonceptivos con control y sin control de las adolescentes y sus complicaciones maternas perinatales que acudieron al C.S. 31 de Enero.*

Uso de métodos anticonceptivos	CON CONTROL PRE NATAL		SIN CONTROL PRE NATAL	
	Nº	%	Nº	%
SI	13	28.3	18	39.1
NO	33	71.7	28	60.9
<b>TOTALES</b>	<b>46</b>	<b>100</b>	<b>46</b>	<b>100</b>

FUENTE: HISTORIAS CLINICAS DEL C.S. 31 DE ENERO

### Grafico 3

*Uso de métodos Anticonceptivos con control y sin control de las adolescentes y sus complicaciones maternas perinatales que acudieron al C.S. 31 de Enero*



FUENTE: HISTORIAS CLINICAS DEL C.S. 31 DE ENERO

La gran parte del grupo en estudio refirió que no uso métodos anticonceptivos, siendo el 71.7 % de las adolescentes con control dentro del C.S. 31 de Enero y el 60.9 % de las adolescentes sin control, no hallándose significativa la estadística.

### Tabla 4

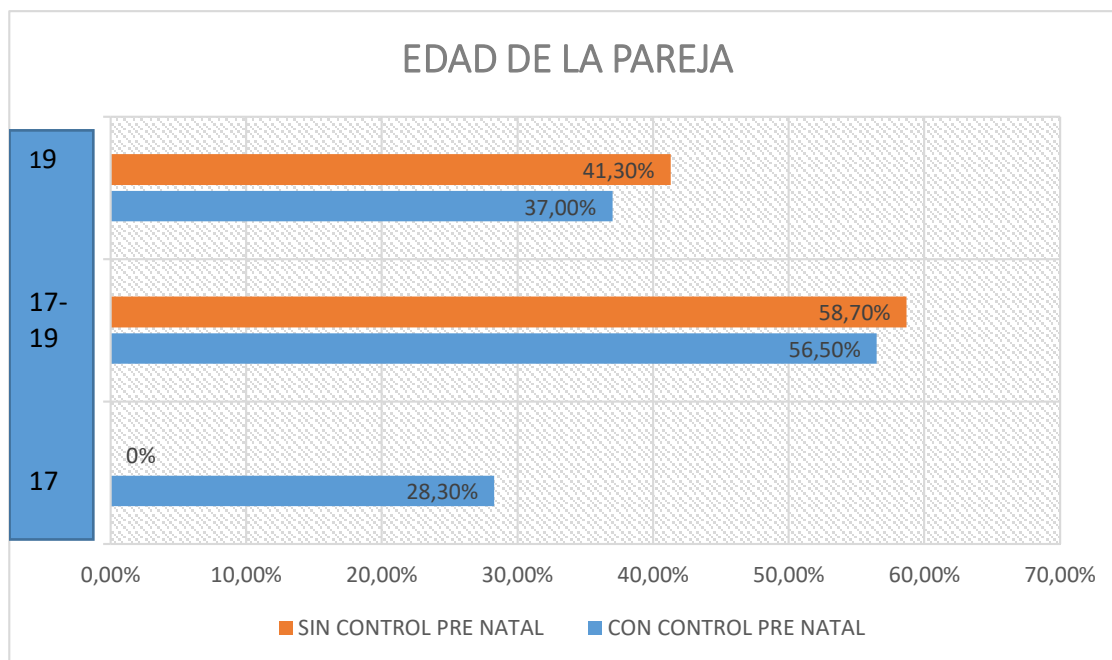
*Edad de la Pareja (años) con control y sin control de las adolescentes y sus complicaciones maternas perinatales que acudieron al C.S. 31 de enero.*

Edad de la Pareja (años)	CON CONTROL PRE NATAL		SIN CONTROL PRE NATAL	
	N°	%	N°	%
< 17	3	28.3	0	0
17 -19	26	56.5	27	58.7
>19	17	37	19	41.3
TOTALES	46	100	46	100

FUENTE: HISTORIAS CLINICAS DEL C.S. 31 DE ENERO

#### Grafico 4

*Edad de la Pareja (años) con control y sin control de las adolescentes y sus complicaciones maternas perinatales que acudieron al C.S. 31 de enero*



FUENTE: HISTORIAS CLINICAS DEL C.S. 31 DE ENERO

La gran mayoría de las adolescentes se relacionó con parejas de edades similares siendo así en un 56.5% de las adolescentes con control dentro del Centro Salud 31 de enero con parejas entre los 17 y los 19 años y un 58.7 % de las adolescentes sin control dentro del Centro Salud 31 de enero, mientras que para un 37% de adolescentes sus parejas mayores de 19 años y un 41.3% para las adolescentes sin control dentro del Centro Salud. 31 de enero, así mismo el 6.5% de las adolescentes con control prenatal que sus parejas son menores de 17 años.

**Tabla 5**

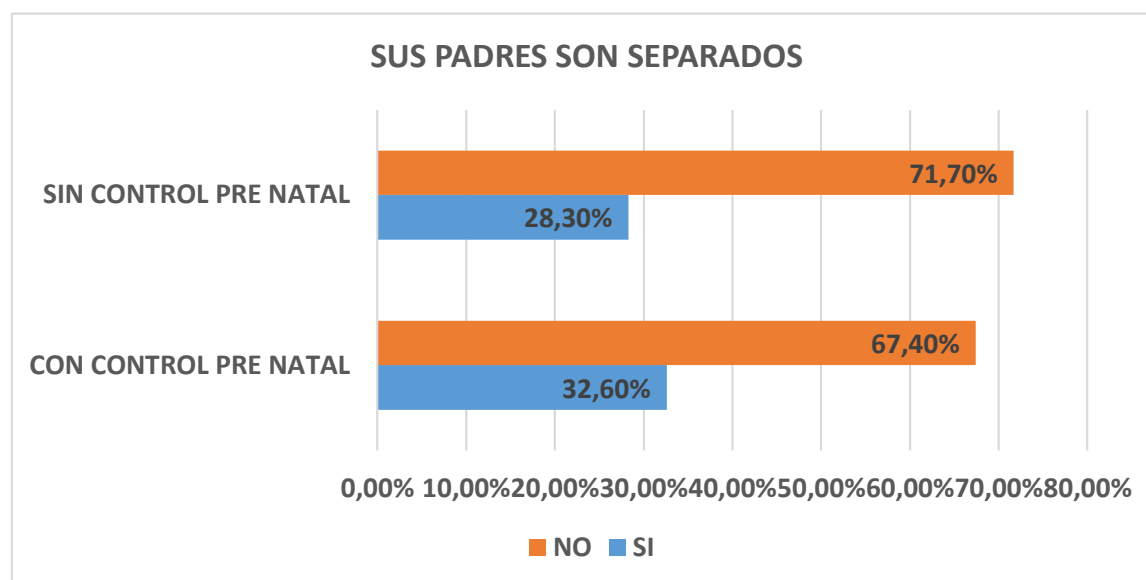
*Sus padres son separados, con control y sin control de las adolescentes y sus complicaciones maternas perinatales que acudieron al C.S. 31 de enero.*

Sus padres son separados	CON CONTROL PRE NATAL		SIN CONTROL PRE NATAL	
	N°	%	N°	%
SI	15	32.6	13	28.3
NO	31	67.4	33	71.7
<b>TOTALES</b>	<b>46</b>	<b>100</b>	<b>46</b>	<b>100</b>

FUENTE: HISTORIAS CLINICAS DEL C.S. 31 DE ENERO

**Grafico 5**

*Sus padres son separados, con control y sin control de las adolescentes y sus complicaciones maternas perinatales que acudieron al C.S. 31 de enero*



FUENTE: HISTORIAS CLINICAS DEL C.S. 31 DE ENERO

Referente al aspecto familiar en el 67.4% de las adolescentes con control dentro del C.S. 31 de enero y el 71.7% de las adolescentes sin control dentro del C.S. 31 de enero respondieron que sus padres no estaban separados.

**Tabla 6**

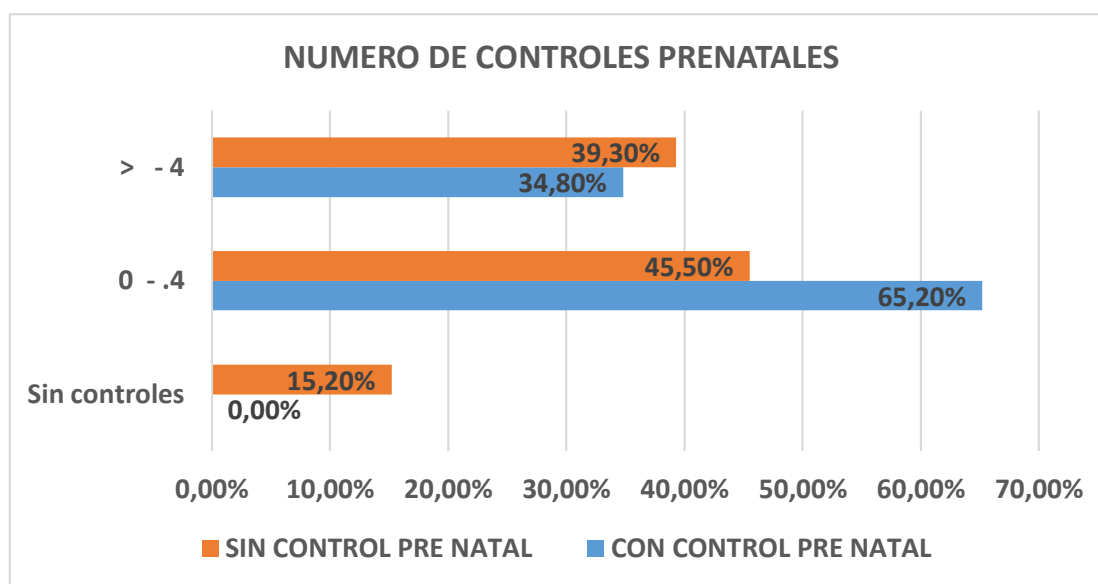
*Número de controles prenatales con control y sin control de las adolescentes y sus complicaciones maternas perinatales que acudieron al C.S. 31 de enero.*

Número de controles prenatales	CON CONTROL PRE NATAL		SIN CONTROL PRE NATAL	
	Nº	%	Nº	%
Sin controles	0	0	7	15.2
1 - 4	30	65.2	21	45.5
> - 4	16	34.8	18	39.3
<b>TOTALES</b>	<b>46</b>	<b>100</b>	<b>46</b>	<b>100</b>

FUENTE: HISTORIAS CLINICAS DEL C.S. 31 DE ENERO

**Grafico 6**

*Número de controles prenatales con control y sin control de las adolescentes y sus complicaciones maternas perinatales que acudieron al C.S. 31 de enero*



FUENTE: HISTORIAS CLINICAS DEL C.S. 31 DE ENERO

En el presente estudio se encontró que el 15% de las adolescentes sin control dentro del C.S. 31 de Enero no tuvo ninguna clase de control prenatal, solamente el 39.1 % tubo 4 o más Controles prenatales en comparación a las adolescentes con control dentro del C.S, 31 de Enero donde todas tuvieron control prenatal, el 65% tenía entre 1 a 4 CPN no hallándose significativa la estadística.

**Tabla 7**

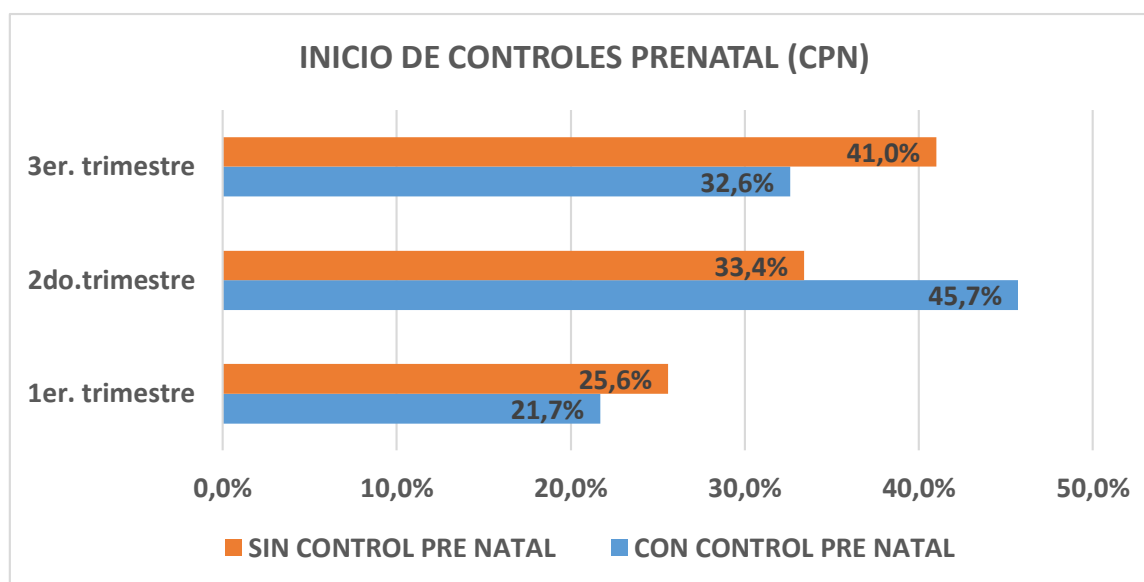
*Inicio de controles prenatales, con control y sin control de las adolescentes y sus complicaciones maternas perinatales que acudieron al C.S. 31 de enero.*

Inicio de controles prenatales (CPN)	CON CONTROL PRE NATAL		SIN CONTROL PRE NATAL	
	N°	%	N°	%
1er. trimestre	10	21.7	10	25.6
2do. trimestre	21	45.7	13	33.4
3er. trimestre	15	32.6	16	41.0
<b>TOTALES</b>	<b>46</b>	<b>100</b>	<b>46</b>	<b>100</b>

FUENTE: HISTORIAS CLINICAS DEL C.S. 31 DE ENERO

**Grafico 7**

*Inicio de controles prenatales, con control y sin control de las adolescentes y sus complicaciones maternas perinatales que acudieron al C.S. 31 de enero*



FUENTE: HISTORIAS CLINICAS DEL C.S. 31 DE ENERO

En su mayoría las adolescentes iniciaron su control prenatal en el segundo y tercer trimestre, sólo un 25.6% de las adolescentes sin control dentro del C.S. 31 de Enero inició en el primer trimestre contrariamente a las adolescentes con control dentro del C.S. 31 de Enero, quienes inician su control en el primer y segundo trimestre siendo un 32.6% el único que inicio su control en el tercer trimestre, esta diferencia resultó estadísticamente significativa.

**Tabla 8**

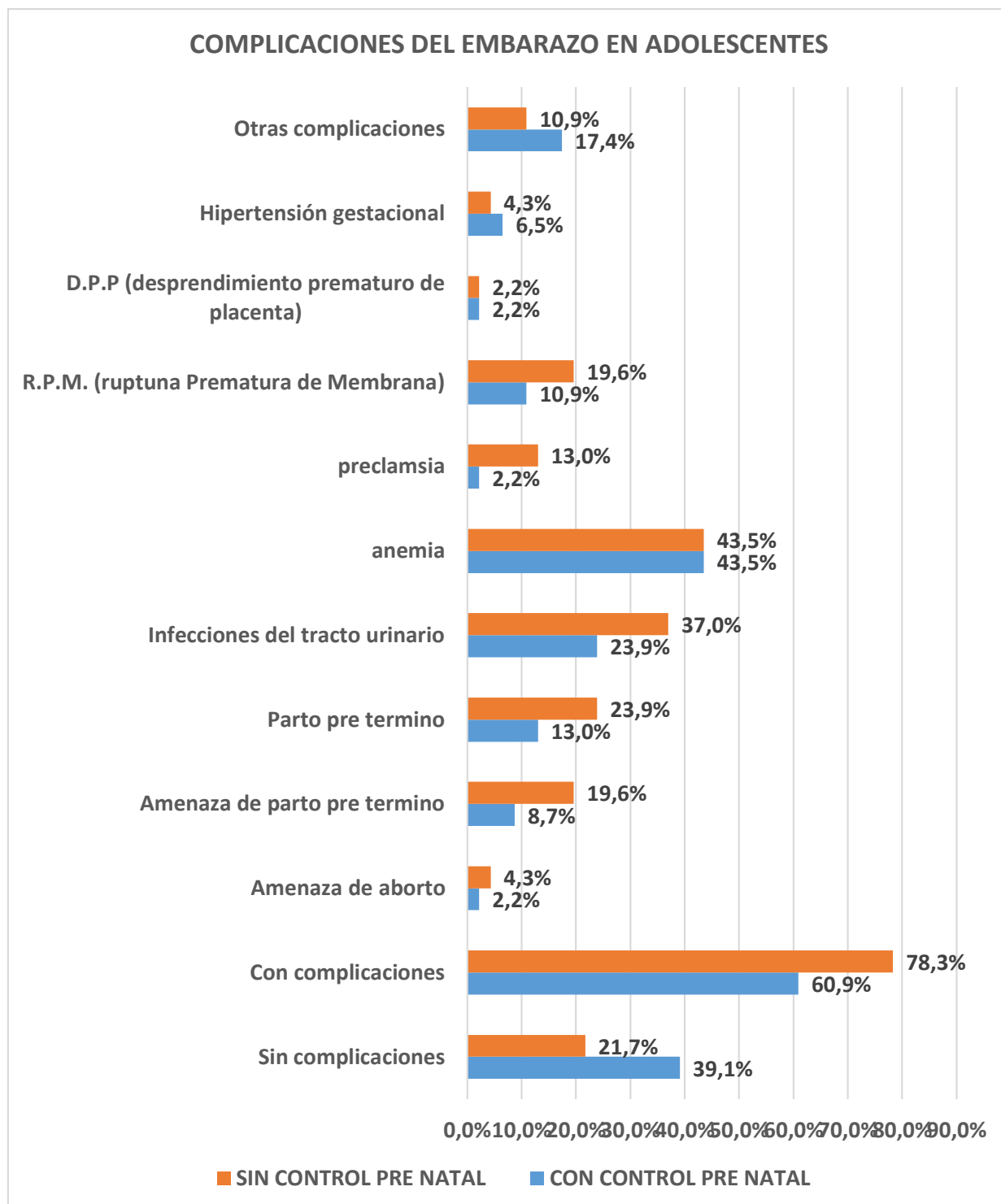
*Complicaciones del embarazo en adolescentes con control prenatal y sin control prenatal que acudieron al C.S. 31 de enero.*

Complicaciones del embarazo en adolescentes	CON CONTROL PRE NATAL		SIN CONTROL PRE NATAL	
	N°	%	N°	%
Sin complicaciones	18	39.1	10	21.7
Con complicaciones	28	60.9	36	78.3
Amenaza de aborto	1	2.2	2	4.3
Amenaza de parto pre termino	4	8.7	9	19.6
Parto pre termino	6	13	6	23.9
Infecciones del tracto urinario	11	23.9	17	37
anemia	20	43.5	20	43.5
preclamsia	1	2.2	6	13
R.P.M. (ruptura Prematura de Membrana)	5	10.9	9	19.6
D.P.P (desprendimiento prematuro de placenta)	1	2.2	1	2.2
Hipertensión gestacional	3	6.5	2	4.3
Otras complicaciones	8	17.4	5	10.9

FUENTE: HISTORIAS CLINICAS DEL C.S. 31 DE ENERO

### Grafico 8

Complicaciones del embarazo en adolescentes con control prenatal y sin control prenatal que acudieron al C.S. 31 de enero



FUENTE: HISTORIAS CLINICAS DEL C.S. 31 DE ENERO

La complicación del embarazo más frecuente fue la anemia 43.5% para ambos grupos, se observó una elevada incidencia de Infecciones del tracto urinario 37%, amenaza de parto

pre término 19.6%, RPM 19.6%, parto pretérmino 23.9% y Pre eclampsia 13.0% en grupo de adolescentes sin control dentro del C.S. 31 de Enero que en el grupo de adolescentes con control dentro del C.S, 31 de Enero, observándose 6.75 veces más casos de pre eclampsia entre las adolescentes sin control que las que si lo llevaron en el C.S. 31 de Enero.

## 5. CONCLUSIONES

Al analizar las características maternas de adolescentes embarazadas atendidas en el C,S, 31 de Enero, se encontró una mayor frecuencia de: solteras hasta un (76.1%), nivel educativo que no supera la primaria, hasta un (73.9%), no uso de métodos anticonceptivos, hasta un (71.7%), e involucrarse con parejas de su edad o apenas mayores, hasta un (63.0%), la edad promedio de las adolescentes embarazadas de este estudio fue de 16 y 17 años y la menor edad fue de 15 años.

Las adolescentes que no llevaron su control prenatal en el C.S 31 de Enero, con menos número de controles prenatales en comparación al grupo que si llevo su control dentro del C,S, 31 de Enero, presentaron mayores porcentajes de complicaciones.

Entre las complicaciones que presentaron las adolescentes que no llevaron su control en el C.S. 31 de enero, fueron complicaciones del embarazo como: ITU, amenazado parto pre término, RPM, pre eclampsia y parto pre término. La anemia fue la principal complicación en ambos grupos de adolescentes.

La complicación fetal más frecuente en adolescentes sin control prenatal o con control fuera del C,S. 31 de Enero, fue el Sufrimiento Fetal Agudo en relación a las que, si llevaron su control prenatal dentro del C.S. 31 de Enero siendo esta diferencia estadísticamente significativa.

Los recién nacidos de madres adolescentes sin control prenatal o con control fuera del C.S. 31 de enero presentaron las siguientes complicaciones en más frecuencia que las adolescentes que si llevaron su control prenatal en el C.S. 31 de enero Recién Nacido Pre término, Recién nacido de bajo peso al nacer.

## 5.1 RECOMENDACIONES

Se sugiere, realizar otros estudios similares con mayor muestra para obtener resultados próximos a la situación global de nuestra realidad.

Se recomienda realizar estudios con el fin de analizar las complicaciones maternas y perinatales en adolescentes, clasificándolas de acuerdo a edades, etnia, grupo social a otros antecedentes tales como partos y abortos.

Debido a la naturaleza de tema, lo extenso y lo enriquecido del mismo se recomienda realizar estudios que analicen las características relacionadas con el entorno familiar, social y económico, a fin de conocer de forma más fiable la realidad de este grupo tan vulnerable.

El énfasis en la prevención del embarazo en adolescentes debe tener un enfoque multidisciplinario que incluyan a la educación, orientación laboral y bienestar social y sobre todo la salud.

Es de suma importancia que el personal de Obstetricia en el puerperio brinde una orientación y asesoría consiente sobre los beneficios del uso de métodos anticonceptivos para este periodo, además de concientizar sobre la importancia de un seguimiento continuo.

Las adolescentes deben recibir asesoría que las motive hacia un proyecto de vida, evitando Embarazos inesperados, que trunquen sus planes de vida.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Alba J. American Academy of Pediatrics committee on Adolescence and committee on Early Childhood. Adoptive, and Dependent Care. Care of adolescent parents and their children. *Pediatrics* 2011 February; 207(2):429 - 34.
- Alvarado A, Castillo A, Cabrera E. La multipara adolescente. Aspecto Biosocial. Dirección de investigación científica y tecnológica, Universidad de Valparaíso.
- Cartilla programa Bono Juana Azurduy 2025 La Paz, 22287. 2 were Here. El bono juana Azurduy es un incentivo para una maternidad segura.
- DIAZ, Angélica; SANHUEZA R, Pablo y YAKSIC B, Nicole. Riesgos Obstétricos En El Embarazo Adolescente: Estudio Comparativo De Resultados Obstétricos Y Perinatales Con Pacientes Embarazadas Adultas. *Rev. chil. obstet. ginecol.* [online]. 2021, vol.67, n.6, pp.481-487. ISSN 0717-7526. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262002000600009>.
- Estadística interna del Departamento de Ginecoobstetricia del Hospital Nacional de Escuintla (HNE)
- La V Encuesta nacional de Salud Reproductiva en Guatemala (<https://hablandoguatemala.files.wordpress.com/2011/10/encuesta-acional-de-saludmaterno-infantil-2008-2009.pdf>) visitado el 05/04/2014
- Ley del código del niño, niña y adolescentes 548 Ministerio de Salud y Deportes Bolivia. La Paz
- III Figueiredo y col. Grávidas Adolescentes e grávidas diferentes circunstancias de risco. *Acta Med Port* 2017 :18 :97 -105.
- OMS/ salud de los adolescentes. [www.who.int/opics/adolescent\\_health](http://www.who.int/opics/adolescent_health) visitado 4/4/2013

Organización Mundial de la Salud. Comisión internacional de acciones conjuntas del sector académico y del sector salud. Subcomisión de investigación prioridades comunes de investigación en salud. OPS: Guatemala; 2,006

Ortiz R. Caracterización de las Adolescentes gestantes de Bucaramanga, Colombia, un estudio transversal. Med UNAB 2011; 8: 71 - 77.

Tasa de fertilidad en adolescentes (nacimientos por cada 1.000 mujeres entre 15 y 19 años de edad) <http://datos.bancomundial.org/indicador/SP.ADO.TFRT> visitado 8/9/2020

## ANEXOS

### CONTROL PRENATAL A LA ADOLESCENTE EMBARAZADAS Y SUS COMPLICACIONES MATERNAS PERINATALES EN EL CENTRO DE SALUD 31 DE ENERO



SEGUIMIENTO A LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS Y SUS  
COMPLICACIONES MATERNAS PERINATALES QUE ACUDIERON A CENTRO DE  
SALUD 31 DE ENERO (VISITAS DOMICILIARIAS)



APERTURA DE CARNET DE CONTROL PRENATAL EN ADOLESCENTES Y  
SUS COMPLICACIONES MATERNAS PERINATALES QUE ACUDIERON AL  
CENTRO DE SALUD 31 DE ENERO



CONTROL PRENATAL EN ADOLESCENTES Y SUS COMPLICACIONES  
MATERNAS PERINATALES QUE ACUDIERON AL CENTRO DE SALUD 31 DE  
ENERO – CON CHARLAS EDUCATIVAS

