

T.
610
M715C
EJ-1

Mojhana Arteaga, Paula Melissa.

Características poblacionales del embarazo precoz y subsecuente registrados en el Hospital Universitario Departamental de Nariño del 2019 al 2023.

-Paula Melissa Mojhana Arteaga, Maria Fernanda Obando Burbano, María José Polo Zarama, Kelly Johana Yela Castro. Asesora: Dra. Ana Isabel Vallejo,

-San Juan de Pasto: Fundación Universitaria San Martín. 2024.

-Trabajo de Grado (Médico General) Fundación Universitaria San Martín.

-Programa de Medicina.

CARACTERÍSTICAS POBLACIONALES DEL EMBARAZO PRECOZ Y
SUBSECUENTE REGISTRADOS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO
DEPARTAMENTAL DE NARIÑO DEL 2019 AL 2023

MOJHANA ARTEAGA PAULA MELISSA
OBANDO BURBANO MARÍA FERNANDA
POLO ZARAMA MARÍA JOSÉ
YELA CASTRO KELLY JOHANA

PROYECTO DE INVESTIGACION PARA OBTENER EL TITULO MEDICO

FUNDACIÓN UNIVERSITARIA SAN MARTIN
FACULTAD DE MEDICINA
PROGRAMA DE MEDICINA
PASTO, NARIÑO
2024

CARACTERÍSTICAS POBLACIONALES DEL EMBARAZO PRECOZ Y
SUBSECUENTE REGISTRADOS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO
DEPARTAMENTAL DE NARIÑO DEL 2019 AL 2023

OBANDO BURBANO MARÍA FERNANDA
POLO ZARAMA MARÍA JOSÉ
YELA CASTRO KELLY JOHANA
MOJHANA ARTEAGA PAULA MELISSA

ASESOR - COAUTOR

DRA. ANA ISABEL VALLEJO NARVAEZ
DR JAIRO GEOFFREY GOMEZ C.

FUNDACIÓN UNIVERSITARIA SAN MARTIN
FACULTAD DE MEDICINA
PROGRAMA DE MEDICINA
PASTO, NARIÑO
2024

NOTA DE ACEPTACIÓN

Firma del presidente del jurado

Firma del jurado

Firma del jurado

Pasto, Nariño; 11 de octubre del 2024

DEDICATORIA

Dedico este triunfo a Dios, por su infinita misericordia y por ser mi guía y fortaleza en cada paso de este camino. A la Virgen María, por su protección y por ser un faro de esperanza en mi vida. Su ejemplo de amor y compasión me ha motivado a servir a los demás con dedicación y entrega.

Con todo mi amor y gratitud, a mis maravillosos padres, Henry Mojhana y Luz Dary Arteaga, quienes han sido mis pilares en cada paso de este camino. Su amor incondicional, apoyo y sacrificio me han enseñado el verdadero significado de la perseverancia y la pasión. Gracias por creer en mí y por estar siempre a mi lado. A mi hermana, Nathalia Mojhana, por ser no solo una inspiración, sino también una amiga inigualable. Su dedicación por la medicina me ha motivado a seguir mis sueños y a nunca rendirme. Estoy eternamente agradecida por tenerla como guía en esta hermosa profesión y compañera de vida. Gracias por su amor incondicional e impulsarme a lograr mis sueños.

A mi perrito Timmy, mi fiel compañero y amigo. Quien nunca se iba a dormir hasta que yo terminara de estudiar. Aunque lastimosamente no está conmigo físicamente, aprendí que lo llevaré vivo siempre en mi corazón. Me amaste toda tu vida y te amaré el resto de la mía. Gracias mi chiquito por nunca dejarme sola.

Mi mayor satisfacción será siempre hacerlos sentir orgullosos, y por ello, cada triunfo será compartido entre los cuatro. Lo logramos, familia.

Paula Melissa Mojhana Arteaga

DEDICATORIA

A mi madre, Fernanda Castro López, por ser mi mayor fuente de fortaleza y amor incondicional, agradezco todo lo que me das y todo lo que haces por mí, tú me hiciste la persona que soy hoy. Gracias por tu constante apoyo en cada paso de mi vida sin tu paciencia y sacrificio este logro no habría sido posible. Me siento muy afortunada de llamarte mamá

A mi padre, Martín Yela Delgado, cuyo ejemplo de trabajo incansable y perseverancia siempre ha sido mi inspiración para seguir adelante, aún en los momentos más difíciles.

A mis hermanos, Manuel y Santiago, quienes, con su compañía y apoyo se han convertido en una luz de alegría en mi vida.

A todos ustedes, gracias por su amor, comprensión y confianza en mí. Este triunfo es también suyo.

Kelly Johana Yela Castro

DEDICATORIA

Primeramente, a Dios dedico este logro con humildad y gratitud por darme la fortaleza y sabiduría necesarias para superar los retos de este camino y que, a través de mi carrera, pueda cumplir con el propósito que ha puesto en mi vida.

A mi madre, el pilar de mi existencia, por ser mi guía y apoyo incondicional. Gracias por tu amor y sacrificio, por formarme con cariño y los más altos valores, eres la razón por la que hoy soy una mujer fuerte, valiente y capaz de lograr mis sueños, superando cualquier adversidad que se cruce en mi camino.

A mi tío Ricardo, por ser mucho más que un tío, por ser un padre en mi vida. Gracias por creer en mí, por dejarme volar y enseñarme que la perseverancia y el esfuerzo siempre dan frutos. Tu constante presencia, apoyo y confianza me ha dado la fortaleza para superar mis miedos y perseguir mis sueños.

A mi abu Henry, quien ha sido luz en mi camino, por ser una fuente inagotable de amor y sabiduría en mi vida. Gracias por cada uno de tus consejos, por tus historias llenas de enseñanzas y cada lección. Tus palabras siempre me han guiado e inspirado a ser la mejor versión de mí misma.

A mis ángeles Carmen Alicia y José Gregorio, quienes han dejado una huella imborrable en mi vida. Sus recuerdos y enseñanzas son una guía constante en mi camino y aunque no estén conmigo físicamente, su legado vive en cada paso que doy. A mis queridas Kiara y Pepa, compañeras de desvelo, alegrías y tristezas, quienes han llenado mi vida de amor y felicidad.

María José Polo Zarama

DEDICATORIA

A Dios, a quien debo cada paso en este camino, por brindarme la fortaleza, la sabiduría y el discernimiento necesarios para afrontar los desafíos y por llenar mi vida con su amor incondicional. Gracias por ser mi guía en cada decisión y por mostrarme el propósito en este trayecto.

A mis padres, quienes han sido mi mayor ejemplo y fuente de inspiración. A ellos debo no solo la oportunidad de seguir este sueño, sino también el constante apoyo y amor que me ha sostenido en los momentos más difíciles. Su enseñanza sobre la importancia del esfuerzo, la disciplina y la perseverancia ha sido fundamental para llegar hasta aquí. Este logro es, sin duda, tanto suyo como mío.

A mis hermanos, por ser mi refugio y recordarme siempre el valor de la familia. Su apoyo, amor y comprensión han sido invaluable en esta etapa tan significativa de mi vida. Les agradezco profundamente por estar siempre a mi lado.

María Fernanda Obando Burbano

AGRADECIMIENTO

Queremos expresar nuestra sincera gratitud a todas aquellas personas que, de una u otra manera, contribuyeron al desarrollo y culminación de este estudio. Agradecemos profundamente a nuestra asesora de tesis, Magister Ana Isabel Vallejo, por su orientación experta, apoyo constante y valiosas sugerencias que fueron fundamentales en la realización de esta investigación.

Extendemos nuestro agradecimiento al equipo médico y de investigación del Hospital Universitario Departamental de Nariño, cuya colaboración y disposición para compartir su conocimiento y experiencia fueron vitales para el éxito de este proyecto.

Queremos reconocer y agradecer especialmente a las madres adolescentes y sus familias que participaron en este estudio. Su generosidad y confianza fueron esenciales para la obtención de los datos necesarios, y su compromiso con la investigación médica es verdaderamente inspirador.

A la Fundación Universitaria San Martín, por brindarnos la oportunidad de crecer y desarrollarnos como profesionales comprometidos con el bienestar de la sociedad. Su inquebrantable dedicación a la educación y el progreso nos ha permitido alcanzar nuestros objetivos y contribuir al avance del conocimiento en nuestra área de estudio

Agradecemos a nuestras familias por su constante aliento, comprensión y sacrificio. Su amor y apoyo incondicional fueron el motor que nos impulsó a superar obstáculos y perseguir nuestros sueños académicos.

Por último, pero no menos importante, queremos expresar nuestra gratitud a todas las personas que, de una forma u otra, nos brindaron su ayuda, consejo y ánimo a lo largo de este proceso. Sus contribuciones fueron invaluable y apreciadas más allá de las palabras.

Este trabajo no habría sido posible sin el apoyo y colaboración de cada una de estas personas y entidades. Estamos sinceramente agradecidos por haber sido parte de este viaje.

¡Gracias!

IDENTIFICACION DE LOS INVESTIGADORES

INVESTIGADORES PRINCIPALES MACROPROYECTO

INVESTIGADOR

ANA ISABEL VALLEJO NARVAEZ
3107867440
ana.vallejo@sanmartin.edu.co
<https://orcid.org/0000-0002-2125-5489>

INVESTIGADOR

JAIRO GEOFFREY GÓMEZ CAICEDO
3215799226
jairo.gomez@sanmartin.edu.co
<https://orcid.org/0000-0003-4179-8242>

INVESTIGADOR

OSCAR STIVEL JOJOA NIETO
3233241562
oscar.jojoa@est.sanmartin.edu.co
<https://orcid.org/0000-0003-1358-7747>

ESTUDIANTES INVESTIGADORES

Paula Melissa Mojhana Arteaga
CC. 1006948414
Correo electrónico: melissamojhana10@gmail.com
ORCID: <https://orcid.org/0009-0000-3409-3514>

María Fernanda Obando Burbano
CC. 1004235815
Correo electrónico: Obandomafe1@gmail.com
ORCID: <https://orcid.org/0009-0002-6993-7128>

María José Polo Zarama
CC. 1193458291
Correo electrónico: Polozarama@gmail.com
ORCID: <https://orcid.org/0009-0004-5383-0427>

Kelly Johana Yela Castro
CC. 1192778704
Correo electrónico: johanayelacastro123@gmail.com
ORCID: <https://orcid.org/0009-0005-4634-2721>

LINEA DE INVESTIGACION

La presente investigación hace parte de la línea epidemiología perteneciente al grupo investigación RIZOME GRUP II.

La investigación hace parte de proyecto profesoral: *Características epidemiológicas, clínicas obstétricas y de calidad de vida y salud de la mujer gestante hasta el posparto con enfoque poblacional del departamento de Nariño y municipios conexos del alto putumayo.*

GLOSARIO

1. **Atención Prenatal:** Cuidados médicos y de salud proporcionados a la madre durante el embarazo para garantizar un desarrollo fetal saludable.
2. **Características Poblacionales:** Rasgos demográficos y socioculturales de la población, como edad, sexo, nivel educativo, estado civil, etc.
3. **Complicaciones Obstétricas:** Problemas médicos que pueden surgir durante el embarazo, el parto o el posparto.
4. **Desarrollo Infantil Temprano:** Proceso de crecimiento y adquisición de habilidades en los primeros años de vida de un niño, que puede ser influenciado por el entorno prenatal y posnatal.
5. **Educación Sexual y Reproductiva:** Programas educativos destinados a proporcionar información sobre la salud sexual y reproductiva, incluidos métodos anticonceptivos y prevención de enfermedades de transmisión sexual.
6. **Embarazo Precoz:** Se refiere a la gestación que ocurre en mujeres menores de 20 años.
7. **Embarazo Subsecuente:** Se refiere a un segundo o posterior embarazo ocurrido después de un parto o aborto previo.
8. **Epidemiología:** Estudio de la distribución y determinantes de la enfermedad y la salud en poblaciones específicas.
9. **Estadísticas de Nacimiento:** Datos numéricos y descriptivos sobre los nacimientos, que pueden incluir información sobre la madre, el bebé y el parto.
10. **Factores de Riesgo:** Variables o condiciones asociadas con un aumento de la probabilidad de que ocurra un evento adverso, como el embarazo precoz.
11. **Gestación:** Estado de llevar un embrión o feto en el útero.
12. **Hospital Universitario Departamental de Nariño:** Institución médica ubicada en el departamento de Nariño, Colombia, que proporciona servicios de atención médica y hospitalaria.
13. **Índice de Masa Corporal (IMC):** Medida que evalúa el peso de una persona en relación con su altura, utilizado para determinar el estado nutricional y el riesgo de enfermedades relacionadas con el peso.

14. **Intervenciones Preventivas:** Acciones tomadas para evitar o reducir el riesgo de problemas de salud, como programas de educación sexual o acceso a anticonceptivos.

15. **Salud Materna:** Atención médica y de salud dirigida a mujeres durante el embarazo, el parto y el período posparto para garantizar un resultado saludable para la madre y el bebé.

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	1
1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA.....	2
1.1 Planteamiento del problema.....	2
1.2 Formulación de pregunta de investigación	6
2. JUSTIFICACIÓN	7
3. MARCO DE REFERENCIA.....	9
3.1. Marco de antecedentes	9
3.2. Marco teórico	13
3.2.1. Lugar de procedencia de la gestante	13
3.2.2. Caracterización de la gestante	13
3.2.3. Identificación del recién nacido.....	15
3.2.4. Sistema de seguridad.....	17
3.2.5. Caracterización del padre del recién nacido	17
3.2.6. Otras variables.....	18
3.3. Marco demográfico.....	19
3.4. Marco legal	20
4. OBJETIVOS	22
4.1. Objetivo general	22
4.2. Objetivos específicos	22
5. METODOLOGÍA	23
5.2. Definición de estudio	23
5.2. Área de estudio	25
5.3. Población de estudio y diseño de muestra	25
5.4. CRITERIOS DE SELECCIÓN	25
5.4.1. Criterios de inclusión	25
5.4.2. Criterios de exclusión	25
5.5. Fuentes de recolección.....	25
5.6. Control de errores y sesgos	26
5.7. Técnicas e instrumentos para la recolección de información	26

5.7.1. Instrumento de recolección	26
5.7.2. Definición de variables.....	26
5.7.3. Técnicas para recolectar la información	31
5.8. Procesamiento y análisis estadístico de datos.....	32
5.8.1. Análisis estadístico de datos	32
6. CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	33
7. ANALISIS DE RESULTADOS	35
8. DISCUSIÓN	50
9. CONCLUSIONES.....	57
10. RECOMENDACIONES.....	59
11. LIMITACIONES.....	60
12. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	61
13. ANEXOS	73

LISTA DE TABLA

TABLA 1	26
TABLA 2	29
TABLA 3	30
TABLA 4	31
TABLA 5	36
TABLA 6	38
TABLA 7	41
TABLA 8	43
TABLA 9	45
TABLA 10	45
TABLA 11	47
TABLA 12	48

LISTA DE GRÁFICAS

GRÁFICA 1. DISTRIBUCIÓN DE LA EDAD DE LA MADRE	35
GRÁFICA 2. TALLA DEL RECIÉN NACIDO	38
GRÁFICA 3. PESO DEL RECIÉN NACIDO	39
GRÁFICA 4. PESO DEL RECIÉN NACIDO	40
GRÁFICA 5. ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS.....	42
GRÁFICA 6. EMBARAZO SUBSECUENTE	42
GRÁFICA 7. PERIODO INTERGENÉSICO.	43
GRÁFICA 8. NÚMERO CONSULTAS PRENATALES	44
GRÁFICA 9. TIPO DE COMPLICACIONES.....	46

RESUMEN

El embarazo precoz o adolescente, es una problemática de salud pública, por el riesgo de morbimortalidad para las mujeres, situación que no es ajena al departamento de Nariño, por ello, es importante realizar investigaciones, en procura de acciones preventivas en salud familiar y comunitaria.

La siguiente investigación es de tipo observacional descriptivo de corte transversal y retrospectivo, enfocada en la prevalencia de embarazos adolescentes y subsecuentes en mujeres de 12 a 21 años, entre los años 2019 a 2023. Se utilizó un enfoque cuantitativo, basado en la revisión de historias clínicas del Hospital Universitario Departamental de Nariño y de fuentes de datos secundarias del RUAF. El estudio adoptó el paradigma positivista, empleando métodos de observación, medición y registro de datos, con instrumentos estandarizados. Se recolectaron y analizaron datos cuantificables describiendo características y perfiles, implementando estrategias para controlar sesgos con énfasis en la incidencia y factores de riesgo, asegurando la fiabilidad de los datos recopilados.

En cuanto a los resultados, dando respuesta al primer objetivo que buscaba identificar las características sociodemográficas de las mujeres con embarazo precoz, se evidenció que la mayoría de mujeres se encontraban en las edades de 18 y 19 años, con porcentajes de 22.3% y 25.6% respectivamente; la edad mínima fue 12 años y la edad máxima 21 años; por otra parte, se encontró que la mayoría de las mujeres (1240) no pertenecían a ningún grupo étnico, pertenecían al régimen subsidiado, habían realizado hasta básica secundaria, técnica/tecnología, se encontraban en algún tipo de relación y eran colombianas.

El segundo objetivo se centraba en los factores clínicos del recién nacido, donde se encontró que 50,52% nacieron hombres y 49,8% mujeres; la mayoría nacieron a término (1128), con una talla promedio de 47,52 cm, un Apgar1 relativamente normal en el 83,9% de los mismos. Por otra parte, el objetivo 3 buscaba identificar las condiciones gestacionales del embarazo precoz y subsecuente, se evidenció que, el 16,66% de mujeres con embarazo precoz, presentaron además uno subsecuente, el periodo intergenésico de las mujeres con embarazos subsecuentes mantiene una media de 2,5 años, con un máximo de 7,9 años y un mínimo inferior a un año; el 67,9% de estas mujeres tuvieron un parto por cesárea y 775 pacientes presentaron complicaciones durante la gestación.

Por último, para el objetivo 4, al establecer la relación entre el embarazo precoz, según la edad y las variables independientes, se evidencia que el alto riesgo, la presencia de complicaciones, y los controles prenatales mantienen una relación estadísticamente significativa, con un valor de p inferior a 0,05; y, en cuanto al embarazo subsecuente, se hace evidente que el país de procedencia, la pertenencia étnica, la multiplicidad del embarazo, las complicaciones, la

clasificación del control prenatal, y el tiempo de gestación, mantienen una relación estadísticamente significativa con la ausencia de un embarazo subsecuente, con valores de p inferiores a 0,05.

ABSTRACT

Early or teenage pregnancy is a public health problem, due to the risk of morbimortality for women, a situation that is not alien to the department of Nariño, therefore, it is important to conduct research, in search of preventive actions in family and community health.

The following research is of a descriptive observational type, cross-sectional and retrospective, focused on the prevalence of teenage and subsequent pregnancies in women aged 12 to 21 years, between the years 2019 to 2023. A quantitative approach was used, based on the review of medical records from the Hospital Universitario Departamental de Nariño and secondary data sources from the RUA. The study adopted the positivist paradigm, employing methods of observation, measurement and data recording, with standardized instruments. Quantifiable data were collected and analyzed describing characteristics and profiles, implementing strategies to control biases with emphasis on incidence and risk factors, ensuring the reliability of the data collected.

As for the results, in response to the first objective that sought to identify the sociodemographic characteristics of women with early pregnancy, it was found that most women were aged 18 and 19 years, with percentages of 22.3% and 25. On the other hand, it was found that most of the women (1240) did not belong to any ethnic group, belonged to the subsidized regime, had completed secondary school, technical/technological training, were in some type of relationship and were Colombian.

The second objective focused on the clinical factors of the newborn, where it was found that 50.52% were born male and 49.8% female; most were born at term (1128), with an average length of 47.52 cm, a relatively normal Apgar1 in 83.9% of them. On the other hand, objective 3 sought to identify the gestational conditions of early and subsequent pregnancies; it was found that 16.66% of women with early pregnancies also had a subsequent pregnancy; the inter-gestational period of women with subsequent pregnancies averaged 2.5 years, with a maximum of 7.9 years and a minimum of less than one year; 67.9% of these women had a cesarean delivery and 775 patients had complications during gestation.

Finally, for objective 4, when establishing the relationship between early pregnancy, according to age and the independent variables, it is evident that high risk, the presence of complications, and prenatal controls maintain a statistically significant relationship, with a p-value of less than 0.05; And, as for subsequent pregnancy, it is evident that the country of origin, ethnicity, multiplicity of pregnancy, complications, classification of prenatal control, and gestation time, maintain a statistically significant relationship with the absence of a subsequent pregnancy, with p-values lower than 0.05.

INTRODUCCIÓN

El embarazo precoz y subsecuente constituye una de las problemáticas más complejas en el ámbito de la salud pública y social, que afecta de manera directa el bienestar y desarrollo integral de las adolescentes. Este fenómeno se refiere a aquellos embarazos que ocurren en jóvenes menores de 19 años, seguido de un segundo embarazo en un periodo relativamente corto, generalmente antes de que haya transcurrido un intervalo adecuado para la recuperación física y emocional. El embarazo en la adolescencia, y su repetición en forma de embarazo subsecuente, representa un desafío no solo para la adolescente, sino también para su entorno familiar, social y económico.

Desde una perspectiva humana y de derechos, el embarazo precoz y subsecuente refleja una vulneración a los derechos fundamentales de las adolescentes, quienes en muchas ocasiones carecen de información, apoyo y recursos para ejercer plenamente su autonomía sobre la salud sexual y reproductiva. La adolescencia es una etapa crucial en el desarrollo de una persona, donde se forjan las bases para su vida adulta. Sin embargo, el embarazo precoz interrumpe este proceso, exponiendo a las jóvenes a riesgos físicos como complicaciones obstétricas, así como a impactos psicológicos profundos que afectan su autoestima y salud mental.

Además, el embarazo subsecuente agrava las condiciones de desigualdad, perpetuando ciclos de pobreza y limitando las oportunidades educativas y laborales de las adolescentes, lo que repercute negativamente en su capacidad de tomar decisiones autónomas sobre su vida y su futuro. Este ciclo también afecta a sus hijos, quienes tienen mayores probabilidades de enfrentar dificultades de salud y desarrollo, lo que subraya la importancia de abordar esta problemática desde una perspectiva integral y centrada en el bienestar humano.

El presente trabajo busca no solo analizar las causas y consecuencias del embarazo precoz y subsecuente, sino también proponer estrategias que pongan en el centro la protección y promoción de los derechos de las adolescentes. Desde el acceso a la educación sexual integral hasta la implementación de políticas públicas de apoyo social y sanitario, es esencial generar respuestas que promuevan el empoderamiento de las adolescentes y les permitan tener un control informado y libre sobre sus vidas y cuerpos.

1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

1.1 Planteamiento del problema

Se define como embarazo precoz o adolescente según la Organización Mundial de la Salud - OMS a las mujeres embarazadas que se encuentran por su edad, en la etapa de la pubertad o adolescencia que es de los 10 a los 19 años, como también a las mujeres embarazadas que no han llegado a la mayoría de edad jurídica según el país donde se encuentren. Se incluye a las adolescentes embarazadas que se están aún bajo tutela familiar y económica de su familia de origen.

La edad de la primera menstruación en las niñas suele ser de entre los 10 y los 11 años de edad, pero esto ha ido disminuyendo por lo que hay un adelanto de la fecundidad en las mujeres de corta edad, lo cual favorece los embarazos tempranos. Son diferentes las causas sociales y ambientales que producen este fenómeno (1). “El embarazo subsecuente hace referencia a la o las gestaciones posteriores al primer nacimiento de un hijo o hija, cuando éste se presenta en mujeres entre 10 y 19 años de edad” (2).

Se ha encontrado incluso que la probabilidad de este tipo de embarazo aumenta cuando hay uniones estables con una pareja mayor; débil apoyo económico y afectivo del padre del bebé de la familia, acceso limitado a la educación y servicios de salud sexual y reproductiva, que obliga a la adolescente a buscar alternativas para su supervivencia y la de su hijo, incluida la búsqueda de nuevas relaciones o sometimiento a situaciones de explotación sexual comercial, especialmente en donde las jóvenes están en situación de vulnerabilidad; normas culturales en donde puede ser más aceptado o incluso esperado, particularmente en contextos donde el matrimonio temprano es habitual, falta de información sobre anticoncepción ni acceso a los métodos necesarios de prevención, y un no retorno al colegio en los primeros seis meses después de abandonarlo.

Por otra parte, la OMS considera que el embarazo en la adolescencia es un problema de salud pública: “Unos 16 millones de muchachas de 15 a 19 años y aproximadamente 1 millón de niñas menores de 15 años dan a luz cada año, la mayoría en países de ingresos bajos y medianos.” Si bien la tasa de nacimientos en la adolescencia mundial estimada ha disminuido el número de real de partos de adolescente sigue siendo alto. (3)

Dentro de la epidemiología, en el ámbito internacional existe una amplia información teórica, de la cual se han extractado algunos aspectos relevantes, que se citan a continuación: el embarazo precoz y subsiguiente incrementa los riesgos tanto para la madre como para el niño. Aunque se observan avances en la reducción de las tasas de natalidad entre las adolescentes, más de 15 millones de los 135 millones

nacidos vivos registrados a nivel mundial corresponden a adolescentes de entre 15 y 19 años. (4)

Las tasas de cambio han sido desiguales en diferentes regiones del mundo, con la mayor disminución en Asia Meridional y disminuciones más paulatinas en las regiones de América Latina, el Caribe y África. Aunque se han producido disminuciones en todas las regiones la Organización Mundial de la Salud -OMS – de América Latina y el Caribe continúan siendo las subregiones con la segunda tasa más alta en el mundo de embarazos adolescentes. (5)

La tasa mundial de embarazo adolescente se estima en 46 nacimientos por cada 1.000 niñas. El mayor número estimado de nacimientos tuvo lugar en África Subsahariana en un promedio de 97 por cada 1.000 jóvenes, mientras que las tasas de embarazo adolescente en América Latina y el Caribe estimadas en 66.5 nacimientos por cada 1,000 niñas de entre 15 y 19 años, y son sólo superadas por las de África subsahariana. (5)

Se estima que cada año, en la región, un 15% de todos los embarazos ocurre en adolescentes menores de 20 años y 2 millones de niños nacen de madres con edades entre los 15 y los 19 años. (6)

"Las tasas de fertilidad en adolescentes siguen siendo altas. Afectan principalmente a las poblaciones que viven en condiciones de vulnerabilidad y muestran las desigualdades entre y dentro de los países. El embarazo en la adolescencia y subsiguiente puede tener un profundo efecto en la salud de las niñas durante su curso de vida", dijo Carissa F. Etienne, directora de la OPS. (6)

Se estima que se practican cada año unos 3 millones de abortos peligrosos en mujeres de 15 a 19 años. Los abortos peligrosos representan un factor significativo en el desarrollo de problemas de salud crónica y en el aumento de la mortalidad materna. Especialmente en los países de ingresos bajos y medios, las complicaciones relacionadas con el embarazo y el parto se erigen como una de las principales causas de muerte entre las adolescentes de 15 a 19 años. Estas complicaciones no solo reflejan deficiencias en el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva, sino que también evidencian desigualdades en la atención médica, exacerbando el riesgo para esta población vulnerable. (7)

De igual manera, a nivel nacional, se ha considerado importante la siguiente información: de acuerdo con la última Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS 2010) la prevalencia de embarazos en adolescentes en Colombia es de 19,5 por ciento, una de cada cinco mujeres entre los 15 y 19 años ha estado embarazada, 17.3 por ciento en zona urbana y 26.7 por ciento en zona rural, el 55 por ciento de las adolescentes que han estado o están embarazadas no tienen educación y el 46.5 por ciento tiene primaria completa, el índice de riqueza es el

más bajo en el 29.5 por ciento y bajo en el 27 por ciento, 11,1 por ciento tienen unión consensual con pareja en zona urbana y el 19,5 por ciento en zona rural.

La proporción de nacidos vivos por embarazo adolescente subsecuente registrados en estadísticas vitales en el 2010 para adolescentes entre 10 y 14 años es de 2,98 por ciento y para adolescentes entre 15 y 19 años es de 23,73 por ciento. El 20 por ciento de las adolescentes tienen su segundo embarazo entre los 7 y 14 meses posteriores al parto y el 33 por ciento lo tiene entre los 14 y 24 meses. (8)

El Instituto Colombiano de Bienestar Familiar en el 2014, presenta un análisis de los factores de riesgo que inciden en la fecundidad adolescente en Colombia con una muestra de adolescentes entre 13 y 17 años quienes participaron en la ENDS 2010. Con un modelo econométrico de regresión, se estableció que la probabilidad de que una adolescente entre 13 y 17 años que ya inició actividad sexual tenga tres o más hijos aumenta con la edad, la probabilidad de que a los 17 años tenga dos hijos es de 6,4 por ciento, mientras que en la adolescente de 14 años es de 2,4 por ciento. De igual manera se identificó una relación entre la edad de inicio de actividad sexual y la probabilidad de que una adolescente entre 13 y 17 años tenga tres hijos o menos, cuando el inicio de actividad sexual es entre los 9 y 10 años de edad la probabilidad de tener dos hijos es de 14 por ciento, si el inicio de actividad sexual es a los 17 años la probabilidad de tener dos hijos es del 3 por ciento. (9)

Y desde la revisión documentaria a nivel regional, se relaciona la siguiente información: En Nariño cuatro de cada 10 adolescentes entre 15 y 19 años están embarazadas o son madres. La tasa de embarazos tempranos en esta región es del 23 por ciento, 3,5 puntos más que el promedio nacional 19,5 por ciento, establecido en el 2010 en la Encuesta Nacional de Salud de Profamilia. Cabe resaltar que, seis de cada adolescente sexualmente activa no usan ningún tipo de método de planificación moderna. (8)

Cabe destacar que, en la actualidad, los jóvenes disponen de acceso a información sobre estrategias para prevenir el embarazo. No obstante, persisten barreras significativas que dificultan tanto el acceso efectivo a los métodos anticonceptivos como el desarrollo de la confianza necesaria para utilizarlos. Esta situación se traduce en una brecha entre el conocimiento sobre la planificación familiar y la capacidad para implementar medidas preventivas, debido a limitaciones en la disponibilidad de recursos, así como a factores socioculturales que restringen el uso de estos métodos de manera segura y responsable." las EPS piensan que se ahorran en el anticonceptivo, pero no se dan cuenta de que aseguran el gasto del embarazo, el parto y del bebe". en el caso de Nariño 27 por ciento de adolescentes tienen necesidades insatisfechas de planificación familiar. (10)

Por otra parte, algunos estudios sobre embarazo subsecuente en adolescentes en la región y en el país, aportan información que enriquece el diseño y el análisis de

resultados del presente estudio del caso problema, los resultados del estudio fueron así:

Las y los adolescentes tienen conocimiento sobre la existencia de métodos anticonceptivos, los diferentes tipos y no tienen dificultad en conseguirlos, pero su conocimiento no es preciso ni sólido sobre su funcionamiento. Los equipos de salud envían dobles mensajes a las adolescentes sobre la anticoncepción y a la vez su uso no es recomendable en la adolescencia. Se requieren acciones de educación, promoción y prevención a madres y padres de adolescentes y sus parejas. Fomentar relaciones igualitarias entre mujeres y hombres. Los servicios de salud deben realizar el seguimiento estricto de los casos de adolescentes embarazadas de forma eficaz. Debe instaurarse la visita domiciliaria como norma obligatoria dentro de la prevención de embarazo adolescente subsecuente. Incrementar la creación de servicios de salud amigables o especializados en la atención diferenciada a adolescentes. (11)

En Bogotá, Colombia, Gómez y Cols en el 2012 se determinó en un estudio cualitativo con grupos de madres adolescentes, el primero con un embarazo y el segundo con dos o más embarazos. Para los dos grupos ser madres en la adolescencia significa tener un nuevo estatus social, miedo al rechazo familiar y tener que tomar decisiones significativas para sus vidas. Como resultados diferentes entre los grupos, las madres adolescentes con solo un embarazo postergan sus estudios, mantienen dependencia familiar y económica y el padre del hijo cumple la figura de proveedor. Las madres adolescentes que experimentan dos o más embarazos suelen enfrentarse a un abandono prematuro de su trayectoria educativa, lo cual limita sus oportunidades de desarrollo personal y profesional. A menudo, estas jóvenes se ven forzadas a dejar el hogar familiar, tanto paterno como materno, y dependen emocionalmente del padre de sus hijos, quien asume el rol principal de apoyo afectivo. Esta incrementa la vulnerabilidad de la madre, restringiendo su independencia y perpetuando ciclos de vida. (11)

De esta manera, se han mencionado los aspectos más importantes relacionados con la epidemiología con el fin de describir y explicar la dinámica de la salud poblacional del embarazo precoz y subsecuente, identificando los elementos que la componen desde la perspectiva internacional, nacional y regional, lo cual va a permitir la identificación de las características sociodemográficas de las mujeres con embarazo precoz y subsecuente, la descripción de los factores clínicos del recién nacido producto en la población objeto de estudio y a identificación de las condiciones gestacionales del embarazo precoz y subsecuente, en conformidad a las variables que se relaciona en el marco teórico de este estudio.

1.2 Formulación de pregunta de investigación

¿Cuáles son características poblacionales del embarazo precoz y subsecuente registrados en el hospital universitario departamental de Nariño del 2019 al 2023?

2. JUSTIFICACIÓN

El embarazo precoz y subsecuente es una problemática que ha venido tomando fuerza en los últimos años teniendo en cuenta los estudios epidemiológicos que se han venido realizando a nivel internacional, nacional y regional y sus factores de riesgo. El proyecto está apoyado en la alta incidencia de embarazos precoz y subsecuente, dado que esto ya es tomado como un problema de salud pública y social por lo que es necesario identificar los factores de riesgo que conllevan a esta problemática, como son poner en desequilibrio el bienestar integral y las expectativas de vida, como también se puede dar la deserción escolar y la discriminación en la vida educativa y social de las adolescentes.

El embarazo precoz y subsecuente no sólo tiene un gran impacto internacional, sino también nacional, en Colombia, gracias a esto ha llevado a muchas adolescentes o mujeres jóvenes a tomar decisiones como la deserción escolar, con la necesidad también de buscar un sustento económico y responsabilizarse de su paternidad o maternidad, lo que conlleva a crear un entorno económico poco accesible, además de que los embarazos a una edad precoz en ausencia de redes sociales de apoyo, serían aún más los problemas que llevarían a un buen desarrollo personal, influyendo de manera negativa en el entorno familiar, pero no solo eso, sino también es importante destacar las consecuencias negativas a nivel de la salud como posibles abortos espontáneos o cuadros de desnutrición y la afección psicológica de la adolescente al no estar preparada mentalmente y el posible rechazo que pueda sufrir no solo la madre, sino también el infante. (12)

Interpretando y ampliando la información anterior se puede precisar que la presente investigación es importante porque los embarazos tempranos son una de las causas de mortalidad de las adolescentes en los países en desarrollo. Este tipo temprano de gestación incrementa el riesgo de aborto espontáneo o nacimiento prematuro del bebé. Hasta tal punto que las niñas que no alcanzan a cumplir sus 14 años tienen hasta cinco veces más posibilidades de morir. (13)

Por otra parte, el interrogante de para qué se investiga encuentra su justificación, porque se debe orientar a las adolescentes en las medidas que se deben asumir para evitar esta clase de embarazo. Entonces, la mejor manera de prevenir un embarazo precoz reside en la educación, aunque esto depende sobremanera del contexto cultural, concienciando a las jóvenes de la importancia de alcanzar la madurez y desarrollarse a la hora de quedarse embarazadas; así como de los riesgos que esto conlleva. Fomentar el uso de preservativos y otros métodos anticonceptivos en las relaciones sexuales también ayuda a prevenir el embarazo precoz. Por otro lado, intentar reducir el número de matrimonios celebrados antes de los 18 años también es una forma de prevenir estas situaciones. (14)

Esta investigación va dirigida a las instituciones educativas y a la población femenina de la ciudad de Pasto entre las edades de 12 a 21 años. Con esta investigación se trata de conocer las características sociodemográficas de las mujeres con embarazo precoz, los factores clínicos del recién nacido y las condiciones gestacionales del embarazos precoz y subsecuente, insumo para que los tomadores de decisión en salud puedan visualizar en un contexto poblacional la situación de las mujeres que cursaron con embarazos precoz y subsecuente, de tal manera que se aporten a evaluar los actuales programas en salud pública, evaluar las estrategias adoptadas dentro de los planes de intervenciones colectivas tanto territoriales como nacionales, así como la posibilidad de gestar nuevas formas de promoción y prevención de esta problemática.

3. MARCO DE REFERENCIA

3.1. Marco de antecedentes

El embarazo adolescente es percibido de manera distinta desde la perspectiva de las estudiantes embarazadas, ya que su estabilidad emocional durante este proceso está profundamente influida por el apoyo de actores clave, como los padres de sus hijos y sus familias. Según el análisis de Venegas y Valles en su artículo “Factores de riesgo que inciden en el embarazo adolescente desde la perspectiva de estudiantes embarazadas”, este respaldo puede, en ciertos casos, beneficiar a las jóvenes en esta etapa. (15)

Ellos, sin embargo, han experimentado varios conflictos familiares y personales debido a eventos estresantes de la vida. Sin embargo, en lo que respecta a las estudiantes, la mayor dificultad de la maternidad a edades tempranas es que siguen dependiendo económicamente de la familia ya que viven con su familia en el 80% de los casos. Esto también tiene implicaciones para el sistema familiar, porque el embarazo es un evento que reorganiza las funciones familiares e integra nuevos roles a la vida familiar, genera diversos cambios sociales y fricciones dentro del sistema familiar, como hacinamiento, conflictos interpersonales, entre otros. (15)

Tras el impacto del COVID-19, los embarazos adolescentes fueron más frecuentes en el grupo de edad comprendido entre los 17 y 19 años, predominando así la adolescencia tardía, en la que las jóvenes suelen sentirse lo suficientemente maduras para tomar decisiones sin buscar la aprobación ajena. En el estudio realizado por Valarezo León, Bernardi Vilela, Ávalos Layana y Narea Morales en el artículo “El embarazo adolescente tras el impacto del covid-19”, se destaca que las principales causas de los embarazos adolescentes fueron el miedo a la infección, lo que llevó a las jóvenes a evitar las consultas obstétricas, dificultando su acceso a la planificación familiar y a la prevención de embarazos no deseados. Además, se identificaron como principales consecuencias psicológicas del embarazo adolescente la depresión y la ansiedad, afectando el bienestar tanto de la madre como del feto. (16)

En el artículo “Factores asociados al embarazo subsecuente en adolescentes”, en la sección de discusión de los resultados, Moran Valladares y Gutiérrez Gómez señalan que la mayoría de las adolescentes en zonas rurales tienen un bajo nivel educativo y, en su mayoría, son amas de casa. Esta situación pone de manifiesto que no solo están experimentando un embarazo por primera vez, sino que también enfrentan la posibilidad de un embarazo subsecuente. Además, deben ingresar al mercado laboral en empleos mal remunerados, lo que limita su desarrollo personal y perpetúa el ciclo de la pobreza. (17)

Estos datos sugieren que el embarazo adolescente, especialmente el embarazo subsecuente refleja la desigualdad social entre las adolescentes de áreas urbanas y rurales, y que el estado civil de las adolescentes, a su vez, es un factor relevante en el embarazo subsecuente, siendo la mayoría de las adolescentes casadas o acompañadas. (17)

En el artículo titulado “El Embarazo en la Adolescencia en América Latina y el Caribe”, la OPS destaca que la región posee la segunda tasa más alta de embarazo adolescente a nivel mundial. Aproximadamente el 18% de los recién nacidos en América Latina y el Caribe tienen madres menores de 20 años, y cada año unas 150.000 adolescentes entre 15 y 19 años dan a luz. Estas cifras son alarmantes, pero adquieren mayor relevancia al considerar que muchos de estos embarazos son el resultado de la falta de información, el acceso limitado a métodos anticonceptivos y la violencia sexual y de género. El embarazo adolescente y la maternidad temprana representan uno de los mayores desafíos sociales, políticos y económicos en la región. La maternidad en la adolescencia vulnera derechos fundamentales, como los derechos sexuales y reproductivos, de salud y educación, afectando a las jóvenes a corto plazo y con consecuencias a mediano y largo plazo. Para prevenir el embarazo adolescente y mejorar los resultados, la estrategia propuesta por la OPS se enfoca en garantizar el acceso a información y servicios de salud sexual y reproductiva, incluido el uso de anticonceptivos modernos, así como en la limitación del matrimonio antes de los 18 años. (18)

La mayoría de las adolescentes embarazadas en Perú provienen de contextos económicos y educativos bajos, y estas condiciones desfavorables están más asociadas a aquellas que han tenido dos o más embarazos que a las que han tenido solo uno, según lo encontrado por Silvia Sanca-Valeriano, Marcos Espinola-Sánchez y Augusto Racchumí-Vela en su estudio “Factores sociales y demográficos asociados al embarazo y al embarazo repetido en mujeres adolescentes de Perú”. El embarazo adolescente limita las oportunidades de estudio y trabajo, lo que contribuye a un nivel educativo bajo y dificulta el acceso a trabajos dignos. (19)

Además, el embarazo en la adolescencia acarrea desventajas como la pérdida de libertad, asumir responsabilidades parentales y exclusión del grupo de pares. Los hallazgos del estudio sugieren que las estrategias pueden enfocarse en garantizar el acceso y la continuación de la educación en las adolescentes, así como en la eliminación de estereotipos sociales y de género para prevenir el embarazo en adolescentes. (19)

En América Latina, se ha registrado un aumento en el número de embarazos adolescentes, lo que sugiere deficiencias en la educación sobre sexualidad desde temprana edad, según lo señalado por Martínez, Montero y Zambrano en su artículo “El embarazo adolescente como un problema de salud pública en Latinoamérica”. Este fenómeno resalta la necesidad de que los estados revisen sus políticas de

salud pública relacionadas con la prevención del embarazo en adolescentes, y adopten programas educativos en salud que involucren a los adolescentes, sus familias, la escuela y la comunidad. El embarazo adolescente está estrechamente relacionado con factores socioculturales y socioeconómicos, los cuales están influenciados por el modelo de crianza presente en cada familia. (20)

Además, la escuela y la comunidad desempeñan un papel determinante, ya que la sociedad latinoamericana aún vulnera y excluye a las adolescentes embarazadas, a pesar de la existencia de leyes y normativas que protegen a este grupo poblacional. Las estrategias deben enfocarse en garantizar el acceso y la continuidad de la educación para las adolescentes, así como en abordar los factores socioculturales y socioeconómicos que contribuyen a esta problemática. (20)

Las complicaciones maternas asociadas al embarazo adolescente incluyen infecciones del tracto urinario y distocia funicular, mientras que las complicaciones perinatales más frecuentes son el sufrimiento fetal agudo, según lo concluyen Josselin Cortez-Anyosa y Clara Diaz-Tinoco en su artículo “Complicaciones materno-perinatales asociadas al embarazo adolescente: un estudio de casos y controles”. Estos hallazgos subrayan la necesidad de implementar políticas de salud y programas de educación sexual y sanitaria que busquen reducir las tasas de embarazo en adolescentes. El estudio resalta que el embarazo en la adolescencia conlleva un alto riesgo de complicaciones, lo que refuerza la importancia de abordar los factores de riesgo y promover una educación sexual adecuada para prevenir los embarazos a edades tempranas. (21)

En la investigación titulada “Aumentó el embarazo infantil en Colombia, ¿qué estamos haciendo mal?”, Martínez destaca la necesidad de abordar de manera integral y efectiva el alarmante aumento del embarazo infantil y adolescente en Colombia. Es esencial implementar una educación sexual adecuada, así como ofrecer atención y apoyo por parte de padres, cuidadores, educadores y profesionales de la salud. Superar los tabúes y barreras culturales es clave para prevenir estos embarazos y proteger los derechos reproductivos de las menores. (22)

Según la investigación “Es esencial prevenir el embarazo temprano en Colombia” de Barradas, Guarín, Solyszko y Varela, el embarazo en niñas y adolescentes representa un problema de salud pública con serias implicaciones individuales, sociales y económicas, que se ha agravado a raíz de la pandemia de COVID-19. Este período ha mostrado un aumento en los casos de embarazo temprano, junto con una disminución en la efectividad de los sistemas de protección. (23)

Es crucial implementar acciones que aborden este fenómeno desde múltiples frentes, incluyendo educación sexual integral, prevención de violencia de género, acceso a servicios de salud reproductiva y cambios culturales. Se hace un llamado

a los gobiernos para fortalecer los sistemas de salud y protección, y tomar medidas efectivas para abordar esta problemática. (23)

El estudio titulado “Las Adolescentes De 14 A 19 Años Y La Construcción Social De La Maternidad Posterior A Un Embarazo Subsecuente En La Localidad 5 De Usme, Bogotá D.C.” emplea un enfoque cualitativo-descriptivo, con entrevistas semiestructuradas basadas en un cuestionario guía como método de recolección de datos. El análisis se lleva a cabo a partir de las representaciones sociales, observando los procesos de objetivación y anclaje, y utilizando categorías de análisis como maternidad, corporalidad, métodos de planificación, apego y sexualidad. (24)

Dentro de los hallazgos encontrados se puede evidenciar la naturalización del embarazo adolescente como facilitador de la perpetuación de los factores desencadenantes, lo cual la convierte en una transmisión transgeneracional. Así mismo el estudio identifica la carencia de factores protectores posteriores a su primigestación. (24)

Desde el año 2018, el municipio de Pasto ha implementado diversas estrategias y actividades orientadas al fortalecimiento de los servicios de salud, lo que ha resultado en una disminución significativa de los embarazos en jóvenes y adolescentes. Las estadísticas de la Secretaría de Salud del Municipio han mostrado una clara tendencia a la baja en la tasa de fecundidad específica entre mujeres de 15 a 19 años, pasando de 680 casos registrados en 2018 a 189 en 2021. Estos resultados reflejan el impacto positivo de las políticas públicas y los servicios de salud dirigidos a este grupo poblacional. En la investigación titulada “Fortalecimiento de los servicios de salud, establece disminución de embarazo en jóvenes y adolescentes” realizada por Pasto Salud E.S.E., se aborda cómo estas intervenciones han logrado reducir de manera notable los embarazos adolescentes en la región. (25)

En su investigación titulada “Evaluación de factores que inciden en el embarazo temprano de adolescentes entre 13 y 18 años de la comuna uno del municipio de Tumaco, Nariño”, Estacio N., Estacio M. y Segura señalan que durante la adolescencia ocurren transformaciones tanto físicas como cognitivas, impulsadas por las hormonas sexuales. En este proceso, la familia juega un rol esencial en la vida de los jóvenes. Asimismo, enfatizan la necesidad de sensibilizar a los adolescentes sobre la importancia de una sexualidad responsable, brindándoles información precisa y adecuada. Los docentes, por su parte, tienen una influencia significativa en los estudiantes, siendo crucial que fomenten relaciones de confianza y apoyen el desarrollo de sus capacidades. Las instituciones educativas, como lugares de aprendizaje, deben promover un ambiente de respeto y ofrecer una educación de calidad. (26)

3.2. Marco teórico

3.2.1. Lugar de procedencia de la gestante

Departamento. Los departamentos son las unidades territoriales de primer nivel en Colombia, se refiere a cada una de las partes en que se divide un territorio El país se divide administrativa y políticamente en 32 departamentos, los cuales se gobiernan desde sus ciudades capitales. (27)

Municipio. El municipio es la entidad local básica de la organización territorial del Estado. Tiene personalidad jurídica y plena capacidad para el cumplimiento de sus fines. (28)

Área residencia. Se refiere al tipo de agrupación de las viviendas o edificaciones localizadas en un término municipal o entidad de población. (29)

Área nacimiento. Lugar específico donde ocurre el alumbramiento de un bebé. Se refiere si el nacimiento se dio en la cabecera municipal o en una zona rural. (30)

Inspección de Policía (IP): Es una instancia judicial en un área que puede o no ser amanzanada, que ejerce jurisdicción sobre un determinado territorio municipal, urbano o rural y depende del departamento (IPD) o del municipio (IPM). Es utilizada en la mayoría de los casos con fines electorales. Su máxima autoridad es un Inspector de Policía. (31)

Corregimiento municipal (C): Es una división del área rural del municipio, la cual incluye un núcleo de población, considerada en los Planes de Ordenamiento Territorial, P.O.T. El artículo 117 de la ley 136 de 1.994 faculta al concejo municipal para que mediante acuerdos establezca esta división, con el propósito de mejorar la prestación de los servicios y asegurar la participación de la ciudadanía en los asuntos públicos de carácter local. (32)

Caserío (CAS): Sitio que presenta un conglomerado de viviendas, ubicado comúnmente al lado de una vía principal y que no tiene autoridad civil. El límite censal está definido por las mismas viviendas que constituyen el conglomerado. (33)

Sitio nacimiento. Lugar en que ha nacido una persona, es decir, el lugar de residencia habitual de la madre en el momento del nacimiento, determinado en la fecha de la recogida de datos. (34)

3.2.2. Caracterización de la gestante

Tipo documento madre. Documento Nacional de Identidad de la madre del recién nacido, es un documento emitido por una autoridad administrativa competente para permitir la identificación personal de los ciudadanos. (35)

Número documentos madre. Es el número identificador único e irrepetible que identifica un documento para un individuo. (35)

Edad madre. Lapso de tiempo que transcurre desde el nacimiento hasta el momento de referencia de la madre de recién nacido. (36)

Estado conyugal madre. Condición relacionada a vivir con un cónyuge o no, debido al matrimonio civil, religioso o unión consensual. La noción de estado civil de las personas no se corresponde con el estado civil, el cual es considerado como el estatuto jurídico de las personas con respecto al matrimonio. (37)

Nivel educativo madre. Es el nivel de educación más alto que una persona ha terminado. (38)

Último año aprobado madre. El nivel de instrucción de la madre del recién nacido que corresponde al año más avanzado de estudios aprobados dentro del ciclo de educación regular. (39)

Semana de gestación. La gestación es el período de tiempo medido en semanas, entre la concepción y el nacimiento cuando un feto crece y se desarrolla dentro del útero de la madre. Debido a que es imposible saber exactamente cuándo ocurre la concepción, la edad gestacional se mide desde el primer día del último ciclo menstrual de la madre hasta la fecha actual. (40)

Complicaciones perinatales. Las principales complicaciones que describe la OMS son: hemorragias graves, infecciones, preeclampsia, eclampsia y las que se manifiestan durante el parto. Por lo anterior, el objetivo de este estudio fue: identificar los factores asociados que condicionan complicaciones perinatales en las adolescentes embarazadas. (41)

Gestante. Mujer que está embarazada, es decir, que lleva en su útero un feto en desarrollo. La gestación es el período que abarca desde la fertilización del óvulo hasta el nacimiento del bebé, generalmente durando entre 40 y 42 semanas. Durante este tiempo, la mujer gestante experimenta una serie de cambios físicos y emocionales significativos, y debe prestar especial atención a su salud y bienestar, así como al desarrollo del feto. (42)

Número de hijos nacidos vivos. Cantidad de hijos nacidos que ha tenido la madre a lo largo de su vida contando el parto del nacimiento considerado. (43)

Fecha anterior hijo nacido vivo. La fecha en la cual nació un hijo vivo, antes del último parto. (44)

Número embarazos. Cantidad total de veces que una mujer ha estado embarazada a lo largo de su vida, independientemente de los resultados de esos embarazos (es decir, si resultaron en un nacimiento vivo, un aborto espontáneo, un aborto inducido o un nacimiento prematuro). (45)

Antecedentes obstétricos. Los antecedentes obstétricos desfavorables son situaciones vividas relacionadas con complicaciones del embarazo o gestaciones no exitosas. Estas experiencias aumentan, en la mayoría de los casos, el riesgo en gestaciones futuras. (46)

Métodos de planificación. La planificación familiar consiste principalmente en una serie de prácticas que se utilizan con el objetivo de controlar la reproducción con el uso de métodos anticonceptivos durante el acto sexual. Gracias a la planificación familiar, las personas pueden controlar el número de hijos que tendrán, o cuando desean hacerlo. La planificación familiar permite la elección del método anticonceptivo para cada situación. El objetivo final de la planificación familiar es mejorar la salud materna y de los hijos en general. Existen varios tipos de métodos anticonceptivos. (47)

Complicaciones. Después del parto, es probable que por concentrarse en el cuidado del bebé, se presenten problemas de salud, algunos de los cuales pueden poner en peligro la vida, pueden ocurrir en las semanas y meses posteriores, y muchas personas no son conscientes de las señales de advertencia. (48)

3.2.3. Identificación del recién nacido

Sexo del RN. Según la OMS, el "sexo" hace referencia a las características biológicas y fisiológicas que definen a hombres y mujeres, mientras que el "género" se refiere a los roles, conductas, actividades y atributos construidos socialmente que una cultura determinada considera apropiados para hombres y mujeres. De acuerdo con esta descripción, la OMS considera que "hombre" y "mujer" son categorías de sexo, mientras que "masculino" y "femenino" son categorías de género. (49)

Fecha nacimiento del RN. Fecha en la que nace un bebé. (50)

Año nacimiento del RN. El año en que nació un bebé que es la fecha oficial de nacimiento y la fecha prevista de parto original. (50)

Étnica. Grupo de personas que comparten una cultura similar (creencias, valores y comportamientos), idioma, religión, antepasados y otras características que a

menudo pasan de una generación a la siguiente. Las personas pueden venir del mismo país o vivir juntas en la misma zona. (51)

Grupo indígena. Son grupos sociales y culturales distintos que comparten vínculos ancestrales colectivos con la tierra y los recursos naturales donde viven, ocupan o desde los cuales han sido desplazados. La tierra en la que viven y los recursos naturales de los que dependen están inextricablemente vinculados a su identidad, cultura y medios de subsistencia, así como también a su bienestar físico y espiritual. A menudo buscan ser representados por sus líderes y organizaciones tradicionales, que son distintas o están separadas de aquellas de la sociedad o cultura dominante. (52)

APGAR 1. Es un examen rápido que se realiza al primer y quinto minuto después del nacimiento del bebé. El puntaje en el minuto 1 determina qué tan bien toleró el bebé el proceso de nacimiento. El puntaje al minuto 5 le indica al proveedor de atención médica qué tan bien está evolucionando el bebé por fuera del vientre materno. (53)

APGAR 2. Es el examen que se realiza a los cinco minutos después de haber nacido un bebé. (53)

Grupo sanguíneo. Es una clasificación de la sangre de acuerdo con las características presentes en la capa exterior de los glóbulos rojos y en el suero de la sangre. Las dos clasificaciones más importantes para describir grupos sanguíneos en humanos son los antígenos (el sistema ABO) y el factor Rh. El sistema ABO fue descubierto por Karl Landsteiner en 1901, y fue el primer sistema de grupo sanguíneo conocido; su nombre proviene de los tres tipos de grupos que se identifican: los de antígeno A, de antígeno B, y 0 (cero) sin antígenos. (54)

Factor RH. El factor Rh es una proteína hereditaria que se encuentra en la superficie de los glóbulos rojos. Si tu sangre contiene esta proteína, eres Rh positivo. Si tu sangre no contiene esta proteína, eres Rh negativo. (55)

Peso al nacer. El peso al nacer es el primer peso del bebé, tomado justo después de nacer. Un bajo peso al nacer significa que el bebé pesa menos de 5 libras y 8 onzas (2.5 kg). Un peso alto al nacer significa que el bebé pesa más de 8 libras y 13 onzas (4 kg). (56)

Talla al nacer. Se mide la distancia entre la coronilla y el talón. Esto es más difícil de lo que parece porque nada más nacer el bebé suele tener los miembros flexionados por la postura fetal. También existen en este caso tablas de valores medios y desviaciones estándar según la edad gestacional. La mayoría de los niños y niñas nacidos a término suele medir entre 47 y 52 cm. La talla al nacer depende en cierto grado de las características genéticas del niño. Sin embargo, hay poca

relación entre la talla de un bebé al nacer y cómo será de adulto. Dependerá de factores familiares y del momento en que se produzca su desarrollo puberal. (57)

3.2.4. Sistema de seguridad

Sistema de Seguridad Social en Salud. Es el conjunto armónico de entidades públicas y privadas, normas y procedimientos, que procuran la presentación del servicio y fija condiciones de acceso en todos los niveles de atención, bajo el fundamento de garantizar la atención a toda población. (58)

Régimen. El Sistema General de Seguridad Social en Salud tiene dos regímenes, a los cuales pueden acceder los colombianos, dependiendo de su capacidad económica:

El régimen contributivo agrupa a las personas que tienen capacidad de pago, es decir aquellas vinculadas a través de un contrato de trabajo, los servidores públicos, los pensionados, los jubilados y los trabajadores independientes.

El régimen subsidiado agrupa a las personas en condición de pobreza o vulnerabilidad, es decir aquellas clasificadas en los niveles I y II del SISBEN y poblaciones especiales prioritarias, como las personas en condición de desplazamiento, la población infantil abandonada que está a cargo del ICBF, los 6 menores desvinculados del conflicto armado, las comunidades indígenas, las personas mayores en centros de protección, la población rural migratoria, las personas del programa de protección a testigos, los indigentes y la población gitana, entre otros. (59)

Tipo administradora. Son entidades públicas, privadas o mixtas que administran los recursos de Seguridad Social en Salud. (60)

Nombre de la administradora. El nombre con el cual se identifica la entidad prestadora de salud. (61)

3.2.5. Caracterización del padre del recién nacido

Edad padre. Lapso de tiempo que transcurre desde el nacimiento hasta el momento de referencia del padre de recién nacido. (36)

Nivel educativo padre. Es el nivel de educación más alto que el padre del recién nacido ha terminado. (38)

Último año aprobado. El nivel de instrucción del padre del recién nacido que corresponde al año más avanzado de estudios aprobados dentro del ciclo de educación regular. (39)

3.2.6. Otras variables

Adolescente y joven, Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) define a las personas jóvenes como las personas entre las edades de 10 y 24 años. Los adolescentes son el grupo de edad de 10 a 19 años, y los jóvenes el grupo de edad de 15 a 24 años. Este es el período en que hacen la transición de la niñez a la adultez. (62)

Embarazo. El embarazo es el periodo comprendido entre la fecundación de un óvulo y el nacimiento del recién nacido. En la raza humana este periodo es de unos nueve meses. Los embarazos se datan desde el primer día de la última regla y se calcula la fecha probable del parto 40 semanas más tarde. Según estas cuentas se incluye en este cálculo un periodo inicial, que en mujeres con ciclos regulares es de dos semanas, en el que la mujer todavía no está embarazada, pero habitualmente la fecha de la última menstruación es el único dato del que se dispone para datar la gestación. En los casos en que conocemos la fecha de concepción se trataría de sumar 38 semanas a esa fecha. (63)

Ciclo de vida. El ciclo de vida es un enfoque que permite entender las vulnerabilidades y oportunidades de invertir durante etapas tempranas del desarrollo humano; reconoce que las experiencias se acumulan a lo largo de la vida, que las intervenciones en una generación repercutirán en las siguientes, y que el mayor beneficio de un grupo de edad puede derivarse de intervenciones previas en un grupo de edad anterior. Además, permite mejorar el uso de recursos escasos, facilitando la identificación de riesgos y brechas y la priorización de intervenciones claves. (64)

Embarazo adolescente o embarazo precoz. Se produce entre la adolescencia inicial o pubertad –comienzo de la edad fértil– y el final de la adolescencia, que la OMS establece en los 19 años. La mayoría de los embarazos en adolescentes son embarazos no planificados y no deseados. En estas edades, el embarazo puede ser producto de violencia física, simbólica, psicológica y económica. El riesgo de morir por causas relacionadas al embarazo, parto y postparto se duplica si las niñas quedan embarazadas antes de los 15 años. (65). Para este caso el rango que se aplicará en la investigación esta contemplada entre las edades de 19 a 21 años.

Embarazo subsecuente. Esto hace referencia a la o las gestaciones posteriores al primer nacimiento de un hijo o hija, cuando éste se presenta en mujeres entre 10 y 19 años de edad se entiende como embarazo subsecuente adolescente con riesgos de salud para el binomio madres –hijo¹⁴. Desde el Enfoque de Derechos Humanos, el embarazo subsecuente en la adolescencia es el resultado de deficiencias en la accesibilidad o disponibilidad de servicios de los sistemas de salud, educación y protección, y de condiciones de vulnerabilidad tales como la pobreza y la violencia.

(66). De igual manera, que, en el embarazo precoz, la investigación se aplicará a las adolescentes contemplas entre las edades de 19 a 21 años.

Proyecto de vida. El proyecto de Vida es la estructura que expresa la apertura de la persona hacia el dominio del futuro, en sus direcciones esenciales y en las áreas críticas que requieren de decisiones vitales. De esta manera, la configuración, contenido y dirección del Proyecto de Vida, por su naturaleza, origen y destino están vinculados a la situación social del individuo, tanto en su expresión actual como en la perspectiva anticipada de los acontecimientos futuros, abiertos a la definición de su lugar y tareas en una determinada sociedad. (67)

Planificación familiar. La planificación familiar permite a las personas tener el número de hijos que desean y así determinar el tiempo entre embarazos. Lo cual, se logra mediante la aplicación de métodos anticonceptivos, afirma la OMS. (68)

Métodos de planificación. O métodos anticonceptivos son las diferentes maneras que hay de prevenir el embarazo. Existen muchos tipos de anticonceptivos, por lo que tienes varias opciones para elegir la que mejor se adapta a la persona. Según la OMS, algunos métodos de planificación familiar ayudan a prevenir la transmisión del VIH y otras infecciones de transmisión sexual.

Es por esta razón, que en la actualidad podemos encontrar diferentes métodos de planificación familiar. En líneas generales, estos son los principales métodos anticonceptivos: píldoras anticonceptivas orales, implantes, inyectables, parches, anillos vaginales, dispositivos intrauterinos, preservativos, esterilización masculina y femenina, método de la amenorrea de la lactancia, coito interrumpido y métodos basados en el conocimiento de la fertilidad. (69)

3.3. Marco demográfico

La investigación del presente proyecto se va a enfocar dentro del territorio colombiano, en el departamento de Nariño, específicamente en el Hospital Universitario Departamental de Nariño, de donde se van las historias clínicas en el tema de embarazo precoz y subsecuente, dado que este hospital se ha convertido en la primera Institución Prestadora de Servicios de Salud del suroccidente del país y ha recibido el Certificado de Acreditación en Salud otorgado por el Icontec (70)

Con ésta, ya son en total 21 las IPS que ostentan el reconocimiento de “Acreditadas”, una de ellas con Excelencia (Hospital Pablo Tobón Uribe de Medellín). De éstas, 8 son IPS públicas.

La ESE Hospital Universitario Departamental de Nariño, es una Institución de la red pública de alta complejidad. Funciona desde el 15 de diciembre de 1975 y a partir del 10 de diciembre de 1994 se constituye en una Empresa Social del Estado por

medio de la Ordenanza 067 de la Asamblea Departamental de Nariño, proyectándose desde entonces con los avances de la ciencia, la tecnología y la gerencia moderna para la comunidad del Sur Occidente del País.

3.4. Marco legal

La legislación que ampara los embarazos en adolescentes en Colombia que se encuentran establecidos en el siguiente marco normativo:

El decreto 3705 de 2007 (septiembre 24) por el cual se declara el día nacional de la prevención del embarazo en adolescentes.

Numeral 11 del artículo 189 de la Constitución Política y los artículos 41 y 46 de la Ley 1098 de 2006, y considerando:

El artículo 45 de la Constitución Política establece que los adolescentes tienen derecho a la protección y a la formación integral, y que el Estado y la sociedad deben garantizar la participación de los jóvenes en los organismos públicos y privados que tengan a cargo la protección, educación y progreso de la juventud.

El artículo 7° de la Ley 1098 de 2006, por la cual se expide el Código de la Infancia y la Adolescencia, se entiende por protección integral de los niños, niñas y adolescentes el reconocimiento como sujetos de derechos, la garantía y cumplimiento de estos, la prevención de su amenaza o vulneración y la seguridad de su restablecimiento inmediato en desarrollo del principio del interés superior.

El artículo 41 de la Ley 1098 de 2006 en sus numerales 2 y 8 establece que corresponde al Estado asegurar las condiciones para el ejercicio de los derechos y prevenir su amenaza a través del diseño y la ejecución de políticas públicas sobre infancia y adolescencia, y promover en todos los estamentos de la sociedad, el respeto a la integridad física, psíquica e intelectual y el ejercicio de los derechos de los niños, las niñas y los adolescentes y la forma de hacerlos efectivos.

El numeral 8 del artículo 46 de la Ley 1098 de 2006 establece como una de las obligaciones especiales del Sistema General de Seguridad Social en Salud, para asegurar el derecho a la salud de los niños, las niñas y los adolescentes, desarrollar programas para la prevención del embarazo no deseado y la protección especializada y apoyo prioritario a las madres adolescentes.

La prevención de la fecundidad no deseada en adolescentes es una de las prioridades de la Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, el Plan Nacional de Desarrollo y el Plan Nacional de Salud Pública.

Teniendo en cuenta el incremento de las tasas de fecundidad de esta población en las últimas décadas, se hace necesario sensibilizar a la sociedad colombiana sobre los factores de riesgo que inciden en la problemática del embarazo en adolescentes y sus consecuencias personales, familiares y sociales, así como, destacar la corresponsabilidad de la familia, la sociedad y el Estado en su atención, cuidado y protección.

El Centro Latinoamericano Salud y Mujer (CELSAM) propuso que, en los países de la región, el 26 de septiembre se conmemore el Día de la Prevención del Embarazo Adolescente, con el propósito de articular acciones entre instancias públicas y privadas para informar y sensibilizar a la sociedad acerca de la importancia de la prevención de embarazos en adolescentes, y velar por el cumplimiento y respeto de los derechos sexuales y reproductivos de esta población.

- **Artículo 1°.** Declárase como "Día Nacional de la Prevención del Embarazo en Adolescentes" el 26 de septiembre de cada año.
- **Artículo 2°.** El presente decreto rige a partir de la fecha de su publicación.

El artículo 60 de la Ley 1098 de 2006 dispone que cuando se trate de una adolescente o mujer mayor de 18 años embarazada, deberán vincularse a un programa de atención especializada que asegure el restablecimiento de sus derechos.

4. OBJETIVOS

4.1. Objetivo general

Determinar las características poblacionales del embarazo precoz y subsecuente registrados en el Hospital Universitario Departamental de Nariño del 2019 al 2023

4.2. Objetivos específicos

- Identificar las características sociodemográficas de las mujeres con embarazo precoz y subsecuente
- Describir los factores clínicos del recién nacido producto en la población objeto de estudio
- Identificar las condiciones gestacionales del embarazos precoz y subsecuente
- Determinar la relación entre embarazo precoz y el embarazo subsecuente según las características sociodemográficas y gestacionales de las mujeres y los factores clínicos del recién nacido.

5. METODOLOGÍA

5.2. Definición de estudio

El estudio se realizó bajo un paradigma positivista, con un enfoque cuantitativo y un diseño de estudio observacional descriptivo y un corte transversal y retrospectivo, además tuvo un carácter analítico para dar respuesta al objetivo número 4, por cuanto este estudio estableció la prevalencia del embarazo precoz y subsecuente en adolescentes de 12 a 21 años de edad del 2019 al 2023.

El estudio se ubicó dentro del paradigma lógico positivista puesto que formuló la posibilidad de llegar a la verdad en la medida en que se ahondó la investigación de las historias clínicas de las mujeres de 13 a 21 años que tuvieron embarazos adolescentes y subsecuentes que fueron registrados en el Hospital Universitario Departamental de Nariño durante el periodo comprendido entre los años 2019 al 2023.

Desde el punto de vista epistemológico, este paradigma propuso un distintivo entre las gestoras del presente proyecto, como sujetos neutrales y la realidad que se aborda, en la revisión y análisis de la base de datos del Hospital Universitario Departamental de Nariño, en cuyo proceso se considera ajenas las posibles influencias que puedan tener las personas investigadoras.

En el marco de esta argumentación, Flores (2004) examinó la manera como el positivismo opta por una actitud ontológica, puesto que el conocimiento proviene de lo observable, en las historias clínicas que se revisaron; es objetivo desde esta perspectiva y los datos que se analizaron son factibles de medición y conteo. “El conocimiento de estas leyes y mecanismos es convencionalmente resumido en la forma de tiempo y generalizaciones independientes del contexto. Algunas de estas generalizaciones tomaron la forma de leyes causa-efecto” (Flores, 2004, p. 4) (71). Debido a todo esto, las ciencias físicas y naturales y, en los últimos años, han adoptado este paradigma.

Con base en lo anterior este paradigma contribuyó en el desarrollo del estudio con la combinación del razonamiento y observación como métodos de conocimiento en la prevalencia del embarazo precoz y subsecuente, conociendo su incidencia, factores de riesgo y analizando en el mejoramiento de la salud sexual y reproductiva.

La investigación se basó en un paso a paso de los métodos cuantitativos, incluida la recopilación de información medible y el análisis de datos cuantitativos sobre variables, la explicación y predicción de fenómenos a través de estadísticas. El estudio buscó recopilar y analizar datos en los que se implementaron procedimientos rigurosos, buscando evitar sesgos y tendencias que afecten

arbitrariamente sus resultados, se basó en instrumentos estandarizados y la investigación se obtuvo a través de la observación, la medición y el registro.

El tipo de investigación que se aplicó en la presente investigación se identifica por ser descriptivo-trasversal, puesto que se obtuvieron datos a partir de las historias clínicas de mujeres en edades comprendidas desde los 13 hasta los 25 años, donde se va a observar la prevalencia en pacientes con embarazo precoz y subsecuente que presenta la población informante.

Se propuso este tipo de investigación describir de modo sistemático las características de una población, situación o área de interés. Este tipo de estudio buscó únicamente describir situaciones o acontecimientos; básicamente no estuvo interesado en comprobar explicaciones, ni en probar determinadas hipótesis, ni en hacer predicciones. Con mucha frecuencia las descripciones se hicieron por encuestas (estudios por encuestas), aunque éstas también pueden servir para probar hipótesis específicas y poner a prueba explicaciones (Monje-Álvarez, 2011, p. 101). (72)

Y se trató de una investigación de tipo transversal, por cuanto como lo afirmó Gerstman (2013) un diseño transversal se clasifica como un estudio observacional individual, que por lo general tiene dos objetivos: descriptivo y analítico. Esto también se conoce como estudio de prevalencia o estudio transversal; Su propósito principal es identificar la prevalencia de una condición o enfermedad en una población de estudio, y es una de las direcciones principales de la epidemiología (73); y, según Rothman (2012) los diseños transversales típicamente involucran individuos con y sin una condición en un momento dado, se trata de una medición simultánea, y en este tipo de diseño, el investigador no realizó ningún tipo de intervención, o expresado de otra manera ningún tipo de interrupción.

El investigador realizó una sola medición de las variables para cada individuo; no obstante, cuando se realizó dos o más mediciones de las variables de interés en el mismo individuo, el diseño, y especialmente el diseño de análisis, cambió y el diseño transversal se vuelve longitudinal. Se debe recordar siempre que la unidad de análisis es el individuo. (74)

Como se referenció anteriormente, el estudio se basó en las historias clínicas de mujeres en edades comprendidas desde los 15 y 25 años, donde se observó la prevalencia en pacientes con embarazo precoz y subsecuente, a su vez la investigación es de tipo descriptiva porque buscó especificar atributos y características importantes de cualquier fenómeno que se analizaron, describiendo situaciones, contextos y eventos, es decir, especificar cómo son y cómo se manifiestan, por la cual tuvo como objetivo precisar las cualidades, características y perfiles de cada mujer a analizar.

5.2. Área de estudio

El área de estudio corresponde a la salud sexual y reproductiva. La investigación se centró el Hospital Universitario Departamental de Nariño, con el fin de determinar los nacimientos registrados durante este periodo de tiempo, para lo cual como se ha venido mencionando con anterioridad, se tomó la información de historias clínicas y con esto se pudo analizar sus factores de riesgo y el desarrollo gestacional, teniendo en cuenta la terminación de los mismo.

5.3. Población de estudio y diseño de muestra

La población a estudiar fueron las 1.519 adolescentes embarazadas de 12 a 21 años de edad registrados en el Hospital Universitario Departamental de Nariño en el periodo de 2019 al 2023, dado este tamaño, el muestreo fue a conveniencia

5.4. CRITERIOS DE SELECCIÓN

Cabe aclarar que la presente investigación se trató de un estudio retrospectivo, por tanto, se tomaron las historias clínicas del Hospital universitario Departamental de Nariño.

5.4.1. Criterios de inclusión

- Mujeres en estado de gestación y/o mujeres gestantes.
- Todas las mujeres de 12 a 21 años de edad en estado de gestación que fueron atendidas en el Hospital Universitario Departamental de Nariño durante los años 2019, 2020, 2021, 2022 y 2023.
- Todas las mujeres de 12 a 21 años de edad en estado de gestación y se clasifique como embarazo subsecuente.

5.4.2. Criterios de exclusión

- Mujeres en embarazo entre los 19 a 21 años que fueron remitidas a otra institución antes del parto

5.5. Fuentes de recolección

El proyecto se basó solamente en una fuente de recolección secundaria puesto que se utilizó la base de datos del RUAF y las historias clínicas del Hospital Universitario Departamental de Nariño, con las cuales se pudo obtener la información clara de cada mujer que haya tenido un embarazo adolescente y subsecuente en el periodo de tiempo propuesto.

5.6. Control de errores y sesgos

Sesgo de mala interpretación de datos

Se evita asegurándose que los resultados de la muestra tengan el tamaño suficiente, lo cual se evidencia debido a la revisión de las historias clínicas de las mujeres de 12 a 21 años que presentan embarazos precoces y subsecuentes en un periodo amplio de 4 años, del 2019 al 2023.

Sesgo de información o medición

Este sesgo se relaciona con los datos, se puede controlar por la escritura y codificación adecuada, asimismo con el adecuado diligenciamiento, sin dejar celdas vacías.

Sesgos durante la planificación del estudio

Estos se pueden evitar realizando un buen planteamiento durante investigación, teniendo en cuenta la realización de los objetivos específicos propuestos.

5.7. Técnicas e instrumentos para la recolección de información

5.7.1. Instrumento de recolección

El instrumento de recolección fue la información de la base RUAF_ND, y se fundamenta con la información de la historia clínica de la gestante y el nacido vivo.

5.7.2. Definición de variables

A continuación, se presentan los cuadros de tipificación de las variables de los tres (3) objetivos específicos:

Tabla 1

Variables objetivo 1: Identificar las características sociodemográficas de las mujeres con embarazo precoz

Nombre de la variable	Definición de la variable	Categoría o datos	Tipo de variable
Departamento	Los departamentos son las unidades territoriales de primer nivel en Colombia. Se registrarán según en departamento al cual pertenezca cada gestante.	Nariño	Nominal
Municipio	El municipio es la entidad local básica de la organización territorial del Estado. Tiene personalidad	Nombre los municipios de Nariño	Nominal

	jurídica y plena capacidad para el cumplimiento de sus fines.		
Área residencia	Se refiere al tipo de agrupación de las viviendas o edificaciones localizadas en un término municipal o entidad de población	Centro poblado Rural disperso	Nominal
Área nacimiento	Se refiere si el nacimiento se dio en la cabecera municipal o en una zona rural	Cabecera municipal Rural	Nominal
Corregimiento municipal	Es una división del área rural del municipio, la cual incluye un núcleo de población, considerada en los Planes de Ordenamiento Territorial, P.O.T.	Urbano Rural	Nominal
Sitio nacimiento	Lugar en que ha nacido una persona, es decir, el lugar de residencia de la madre en el momento del nacimiento, determinado en la fecha de la recogida de datos.	Municipios de Colombia Ciudad otro país	Nominal
Tipo documento madre	Documento Nacional de Identidad (DNI), es un documento emitido por una autoridad administrativa competente para permitir la identificación personal de los ciudadanos.	Tarjeta de identidad Cédula de ciudadanía	Nominal
Número documento madre	Es el número identificador único e irrepetible que identifica un documento para un individuo.	Numero identificación	Nominal
Edad madre	Lapso de tiempo que transcurre desde el nacimiento hasta el momento de referencia de la madre del recién nacido.	Período de tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el presente, expresado en números enteros	Nominal
Estado conyugal madre	Condición relacionada a vivir con un cónyuge o no, debido al matrimonio civil, religioso o unión consensual. Se registra como el estado actual de la madre al momento de tener a su hijo.	Soltera Casada Divorciada	Nominal
Nivel educativo madre	Es el nivel de educación más alto que una persona ha terminado. La referencia que se tiene en cuenta es el nivel de educación más alto recibido por la madre del recién nacido.	Primaria Secundaria	Ordinal
Último año aprobado madre	El nivel de instrucción de la madre del recién nacido que corresponde al año más avanzado de estudios aprobados dentro del ciclo de educación regular.	Nivel educativo primaria Nivel educativo bachillerato	Ordinal

Sexo del RN	Características biológicas y fisiológicas que definen a hombres y mujeres. Se registra como "hombre" o "mujer" dependiendo del sexo del recién nacido.	Femenino Masculino	Nominal
Fecha nacimiento del rn	Fecha en la que nació el producto del embarazo de la madre.	Mes Día Hora	Nominal
Año nacimiento del rn	Es la fecha oficial de nacimiento y la fecha prevista de parto original.	Año	Nominal
Étnica	Grupo de personas que comparten una cultura similar (creencias, valores y comportamientos), idioma, religión, antepasados y otras características que a menudo pasan de una generación a la siguiente. Las personas pueden venir del mismo país o vivir juntas en la misma zona.	Negro Mulato Afrodescendiente, Afrocolombiano Indígena	Ordinal
Grupo indígena	Son grupos sociales y culturales distintos que comparten vínculos ancestrales colectivos con la tierra y los recursos naturales donde viven, ocupan o desde los cuales han sido desplazados.	Pastos Awa Inga Cofán Epedara Siapidaara Quillasinga Nasa	Ordinal
Régimen	El Sistema General de Seguridad Social en Salud tiene dos regímenes, a los cuales pueden acceder los colombianos, dependiendo de su capacidad económica. Se registra el tipo de régimen que tiene la madre al momento de recibir sus datos.	Régimen contributivo Régimen subsidiado	Ordinal
Tipo administradora	Son entidades públicas, privadas o mixtas que administran los recursos de Seguridad Social en Salud.	Pública Privada Mixta	Ordinal
Nombre de la administradora	El nombre con el cual se identifica la entidad prestadora de salud de la madre.	COMPENSAR E.P.S. E.P.S. FAMISANAR LTDA. E.P.S. SANITAS S.A. EPS SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A. EPS Y MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA S.A. NUEVA EPS S.A. SALUD TOTAL S.A. E.P.S. SALUDVIDA S.A. E.P.S.	

Tabla 2

Variables Objetivo 2. Describir los factores clínicos del recién nacido producto en la población objeto de estudio

Nombre de la variable	Definición de la variable	Categoría o datos	Tipo de variable
APGAR 1	Es un examen rápido que se realiza al primer minuto después del nacimiento. El puntaje en el minuto 1 determina qué tan bien toleró el bebé el proceso de nacimiento y se registra el valor obtenido.	Primer minuto Segundo minuto Tercer minuto Cuarto minuto Quinto minuto	Ordinal
APGAR 2	Es el examen que se realiza a los cinco minutos después del nacimiento, se registra el valor obtenido en la escala para evidenciar la evolución del recién nacido por fuera del vientre materno.	Toleró proceso No toleró proceso	Ordinal
Grupo sanguíneo	Es una clasificación de la sangre de acuerdo con las características presentes en la capa exterior de los glóbulos rojos y en el suero de la sangre. La clasificación más importante para describir el grupo sanguíneo en humanos, es la de los antígenos (el sistema AB0). Se registra después de haber realizado el respectivo análisis al recién nacido.	A B 0 AB	Ordinal
Factor RH	El factor Rh es una proteína hereditaria que se encuentra en la superficie de los glóbulos rojos. Si tu sangre contiene esta proteína, eres Rh positivo. Si tu sangre no contiene esta proteína, eres Rh negativo. Se registra junto al grupo sanguíneo del recién nacido.	Factor RH positivo Factor RH negativo	Ordinal
Peso al nacer	El peso al nacer es el primer peso del recién nacido, tomado justo después de nacer. Un bajo peso al nacer significa que el bebé pesa menos de 5 libras y 8 onzas (2.5 kg). Un peso alto al nacer significa que el bebé pesa más de 8 libras y 13 onzas (4 kg).	Kilogramos y gramos	Nominal
Talla al nacer	Se mide la distancia entre la coronilla y el talón. Y se tomará según los datos registrados en el nacimiento	Centímetros	Nominal
Semanas de gestación	Las semanas de gestación hacen referencia al período de tiempo	Número de semanas	Nominal

	entre la concepción y el tiempo que lleva de desarrollo el bebé dentro del útero de la madre. La edad gestacional se mide en semanas desde el primer día del último ciclo menstrual de la madre hasta la fecha actual.		
--	--	--	--

Tabla 3

Variables para objetivo 3. Identificar las condiciones gestacionales del embarazo precoz y subsecuente

Nombre de la variable	Definición de la variable	Categoría o datos	Tipo de variable
Número hijos nacidos vivos	Número de hijos nacidos vivos que ha tenido la madre a lo largo de su vida, se ingresan los datos teniendo en cuenta el parto del nacimiento considerado.	Número arábigo	Nominal
Fecha anterior hijo nacido vivo	La fecha en la cual nació un hijo vivo, antes del último parto de la madre.	Año Mes Día	Nominal
Número embarazos	Cantidad de gestaciones que ha tenido una mujer, se registra teniendo en cuenta adicionalmente las gestaciones que no llegaron a término.	Numero arábigo	Nominal
Antecedentes obstétricos	Los antecedentes obstétricos desfavorables son situaciones vividas relacionadas con complicaciones del embarazo o gestaciones no exitosas.	Abortos Embarazos de alto riesgo	Ordinal
Métodos de planificación	Prácticas que se utilizan con el objetivo de controlar la reproducción con el uso de métodos anticonceptivos. Se relacionarán los declarados en la historia clínica en el momento de la consulta	Preservativo Pastillas combinadas Pastillas de una sola hormona Anticonceptivos inyectables Dispositivo Intrauterino (DIU) Anticoncepción de Emergencia (AHE) Ligadura Tubaria Vasectomía Implante subdérmico	Nominal
Complicaciones	Diferentes afecciones que se pueden presentar durante la gestación, parto o puerperio que ponen en riesgo la vida de la madre y del recién nacido.	Hipertensión Amenaza de parto pretérmino Infección urinaria Sepsis Ruptura prematura de membranas	Ordinal

		Mastitis Aborto Corioamnionitis Total de complicaciones Ninguna complicación	
Embarazo precoz	Se produce entre la adolescencia inicial o pubertad y el final de la adolescencia, por lo que se tomaron las edades entre 12 y 19 años como embarazo precoz.	Características del embarazo	Nominal
Embarazo subsecuente	Se registró como embarazo subsecuente a todas las mujeres de 12 a 21 años de edad en estado de gestación después de un embarazo previo.	Características del embarazo	Nominal

Tabla 4

Variables objetivo 4: Determinar la relación entre embarazo precoz y el embarazo subsecuente según las características sociodemográficas y gestacionales de las mujeres y los factores clínicos del recién nacido.

Variable dependiente	Variable independiente
Clasificación embarazo precoz según edad Adolescencia (12 a 17 años) Juventud (18 a 26 años) Embarazo precoz: SI NO	País procedencia Pertenencia étnica Tipo parto Multiplicidad embarazo Embarazo de alto riesgo Complicaciones Clasificación sufrimiento fetal según Apgar 1min Clasificación controles prenatales Tiempo gestación reclasificado

5.7.3. Técnicas para recolectar la información

Las investigadoras, una vez recibido el aval por parte de la Fundación Universitaria San Martín, procedieron a solicitar los datos de la base del RUAF de las gestantes que han sido atendidas en el Hospital Universitaria Departamental de Nariño; dicha información se recolectó por cuatro estudiantes de la Facultad de Medicina de la Fundación Universitaria San Martín de la ciudad de Pasto, con el fin de analizar los datos depositados en las historias clínicas sobre el tema de maternidad en la base de datos del Hospital Universitario Departamental de Nariño, ubicado en la Calle 22 No. 7-93, en la ciudad de Pasto.

Una vez se obtuvo la información que se solicitó; se prosiguió a aplicar criterios de calidad, eliminando a mujeres que no tenían datos completos o presentaban incoherencias; posteriormente, se inició la revisión de las historias clínicas, con las

cuales se complementaron variables y datos correspondientes, con el fin de realizar una depuración y pasar al paquete estadístico. Finalmente, se procedió a la confección de gráficos que permitieron interpretar, explicar y demostrar los datos que se obtuvo en el Hospital Universitario Departamental de Nariño

5.8. Procesamiento y análisis estadístico de datos

5.8.1. Análisis estadístico de datos

Posterior a la depuración de la base de datos, el procesamiento de la información se realizó a través del software estadístico IBM spss versión libre, donde se volvió a revisar la completitud de los datos y se recategorizó algunas variables politómicas en dicotómicas principalmente para el modelo bivariado; en términos generales, los resultados para los objetivos 1, 2 y 3 se obtuvieron a partir de la estadística descriptiva aplicando un modelo univariado, en las variables cuantitativas como por ejemplo la edad, tiempo gestacional, etc... se calculó medidas de tendencia central y medidas de dispersión, y se describieron según el cálculo de Normalidad (Smirnov) apoyados por gráficas de cajas y bigotes e histogramas. Todas las variables cualitativas se representaron en tablas de distribución de frecuencia, principalmente agrupadas en tablas resumen, en variables como condiciones gestacionales se describieron a través de gráfica de barras. Se resalta que algunas variables cuantitativas se recodificaron y se representaron en tablas de frecuencias. Frente al modelo bivariado, se tomó las dos variables dependientes descritas anteriormente, embarazo precoz según el ciclo de vida y presencia de embarazo subsecuente, y se calculó el valor de P con cada una de las variables independientes. a través de Chi² de Pearson, estos se apoyaron con la construcción de tablas de contingencia.

”.

6. CONSIDERACIONES ÉTICAS

El presente proyecto se regula por la resolución 8430 del 4 de octubre de 1993, la cual establece las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud, de la misma se aplican sus correspondientes artículos, para su mejor interpretación se citan los siguientes artículos:

- **Artículo 1.** Las disposiciones de estas normas científicas tienen por objeto establecer los requisitos para el desarrollo de la actividad investigativa en salud.
- **Artículo 2.** Las instituciones que vayan a realizar investigación en humanos deberán tener un Comité de Ética en Investigación, encargado de resolver todos los asuntos relacionados con el tema.
- **Artículo 3.** Las instituciones, a que se refiere el artículo anterior, en razón a sus reglamentos y políticas internas, elaborarán su manual interno de procedimientos con el objeto de apoyar la aplicación de estas normas.
- **Artículo 4.** La investigación para la salud comprende el desarrollo de acciones que contribuyan:
 - A. Al conocimiento de los procesos biológicos y psicológicos en los seres humanos.
 - B. Al conocimiento de los vínculos entre las causas de enfermedad, la práctica médica.
 - C. la estructura social.
 - D. A la prevención y control de los problemas de salud.
 - E. Al conocimiento y evaluación de los efectos nocivos del ambiente en la salud.
 - F. Al estudio de las técnicas y métodos que se recomienden o empleen para la prestación de servicios de salud.
 - G. A la producción de insumos para la salud. (75)

De igual manera, se tiene en cuenta los siguientes artículos consignados en la misma resolución:

- **Artículo 10.** El grupo de investigadores o el investigador principal deberán identificar el tipo o tipos de riesgo a que estarán expuestos los sujetos de investigación.

- **Artículo 11.** Para efectos de este reglamento las investigaciones se clasifican en la siguiente categoría: Investigación sin riesgo: Son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquellos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: revisión de historias clínicas, entrevistas, cuestionarios y otros en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta. (75)

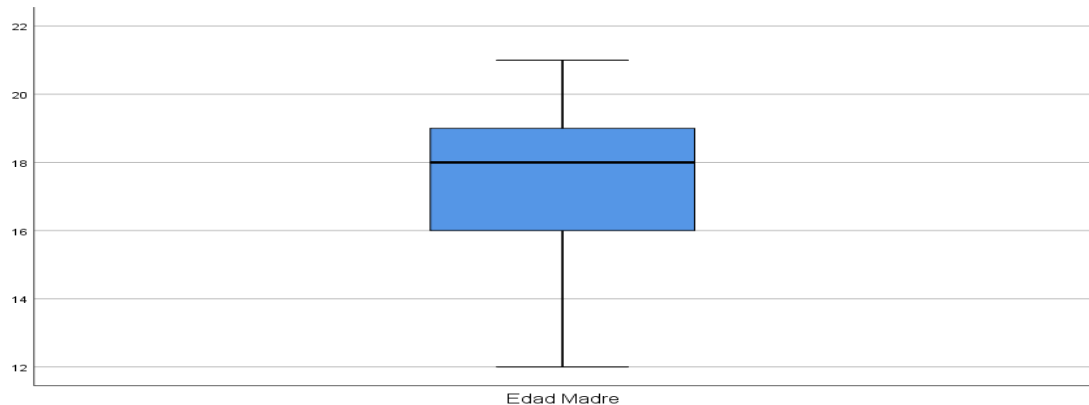
Al respecto, la investigación se considera sin riesgo, en donde en el estudio se va a emplear la base de datos RUAF y las historias clínicas como instrumentos de investigación.

Se garantiza la conservación del anonimato de adolescentes referidas en este estudio, por cuanto se hará una anonimización de los datos de forma que no se puedan identificar a ninguna persona. Además, se tendrá en cuenta que todo trabajo del medio que realicen distintos profesionales al final se constituye en una obra colectiva. De allí que cada uno es autor de su trabajo y así hay que reconocérselo y, por consiguiente, debe tener la plenitud del goce de los derechos de autor, patrimonial y moral. (76)

7. ANALISIS DE RESULTADOS

Objetivo #1. Identificar las características sociodemográficas de las mujeres con embarazo precoz.

Gráfica 1. Distribución de la edad de la madre



N=1519

Fuente: Propia de la investigación 2023-2024

Es importante resaltar que la gráfica muestra la distribución de edades de las gestantes con un total de 1519 casos. Se evidencia que a la edad de 12 años hay un total de 4 casos lo cual representa el 0.3% del total siendo este el grupo con el menor número de casos en toda la distribución. A la edad de 13 años hay un ligero aumento a 16 gestantes representando el 1.1% del total.

Se observa un aumento significativo en el número de gestantes de 14 años alcanzando los 56 casos, lo que equivale al 3.7% del total, este aumento marca el inicio de una tendencia creciente en la maternidad adolescente. A los 15 años el número de gestantes incrementa a 132 casos representando el 8.7% del total, este grupo evidencia un aumento considerable en comparación con las edades anteriores. Continuando con la edad de 16 años, se registra un total de 182 gestantes, lo que corresponde al 12.0% del total.

En la edad de 17 años, el número de gestantes aumenta a 247 casos, representando el 16.3% del total, este grupo es significativamente mayor que los anteriores reflejando una tendencia ascendente. Posteriormente, a la edad de 18 años se observa un número de 339 gestantes, lo que equivale al 22.3% indicando una alta prevalencia de la maternidad a esta edad.

Asimismo, a los 19 años se evidencia el número más alto de gestantes con 389 casos, representando el 25.6% del total, este grupo es el más considerable,

reflejando que esta es la edad más común para la maternidad en la muestra estudiada. A los 20 años, el número de gestantes disminuye a 81 casos, lo que representa el 5.3% del total, con una notable disminución en comparación con la edad de 19 años. Finalmente, a la edad de 21 años, el número de gestantes es de 73 casos, lo que equivale al 4.8% del total, este grupo muestra una tendencia decreciente en comparación con los años anteriores.

Tabla 5
Resumen características sociodemográficas

Variable	n	%
Grupo étnico		
Indígena	45	3,0
Negro, Mulato o Afrocolombiano	234	15,4
No pertenezco a ninguno	1240	81,6
Estado conyugal de la madre		
Algún tipo de relación (unión libre, casada, divorciada)	779	51,3%
Soltera	734	48,3
Sin información	5	0,3
Nivel educativo de la madre		
Sin información	10	0,7
Ninguno	5	0,3
Hasta básica primaria (preescolar-primaria)	336	22,1
Hasta técnica/tecnología (secundaria-técnica-tecnología)	1163	76,6
Profesional	5	0,3
País de residencia		
Colombia	1366	89,9
Venezuela	145	9,5
Ecuador	8	0,5
Régimen de seguridad social		
Contributivo	91	6,0
Excepción	23	1,5
No asegurado	231	15,2
Subsidiado	1174	77,3

N: 1519

Fuente: Propia de la investigación 2023-2024

En la tabla resumen de características sociodemográficas podemos encontrar con respecto al estado conyugal de la madre, que 779 refirieron que se encuentran en algún tipo de relación, es decir (51,3%), de las cuales 755 (49,7%) mujeres se declararon en unión libre, el 1,5% (23) refieren estar casadas, y solo 1 mujer (0,1%) manifiesta estar divorciada.

Por otra parte, con respecto al nivel educativo de la madre, en las mujeres que cursaron hasta primaria encontramos que 5 (0,3%) manifestaron haber realizado hasta preescolar y un porcentaje mucho más alto (21,8%) correspondiente a 331 mujeres cursaron hasta básica primaria; en relación con mujeres que son graduadas del colegio y llegaron a cursar una técnica/tecnología, encontramos un porcentaje de 76,6%, donde 1131 cursaron hasta básica secundaria (74,5%), 10 mujeres (0,7%) realizaron un técnico, 22 (1,4) una tecnológica; y, se indicó que solo 5 mujeres llegaron a realizar una profesión.

Finalmente, el mayor porcentaje de mujeres atendidas fueron del departamento de Nariño (92,9%), lo que corresponde a 1.411 mujeres; seguido por la atención en mujeres del departamento del Putumayo (6,3%), siendo 95 mujeres; también se encontró en menor porcentaje atención de mujeres de otros departamentos como Cauca 0,6% correspondiente a la cifra de 9 mujeres; Antioquia con 0,1% (2 mujeres) y, de Bogotá solo encontramos una mujer que fue atendida (0,1%)

Objetivo #2. Describir los factores clínicos del recién nacido producto en la población objeto de estudio.

Para lograr responder al objetivo, los resultados se dividieron en; características del parto y las características del nacido vivo, tal como se muestra a continuación:

✓ CARACTERÍSTICAS DEL PARTO

La siguiente tabla 6, indica la clasificación de tiempo gestacional, se logra identificar que, de la población estudiada, el 74,3% se encuentra cumpliendo entre la semana 37-40 de gestación. Se constató que de las madres gestantes que hicieron parte de esta investigación, el 14,4% de ellas, llegó hasta la semana 35-6 de gestación según la clasificación. Se verificó que una parte de la población estudiada, siendo esta el 6,8% de las madres gestantes, llegaron a culminar el embarazo entre las semanas 32-34.

Tabla 6
Distribución de la Edad gestacional

CLASIFICACION TIEMPO GESTACION	Frecuencia	Porcentaje
A termino	1128	74,3
Pre termino	218	14,4
Prematuros	103	6,8
Prematuridad marcada	45	3,0
Prematuros extremos	12	0,8
Postérmino	13	0,9
Total	1519	100,0

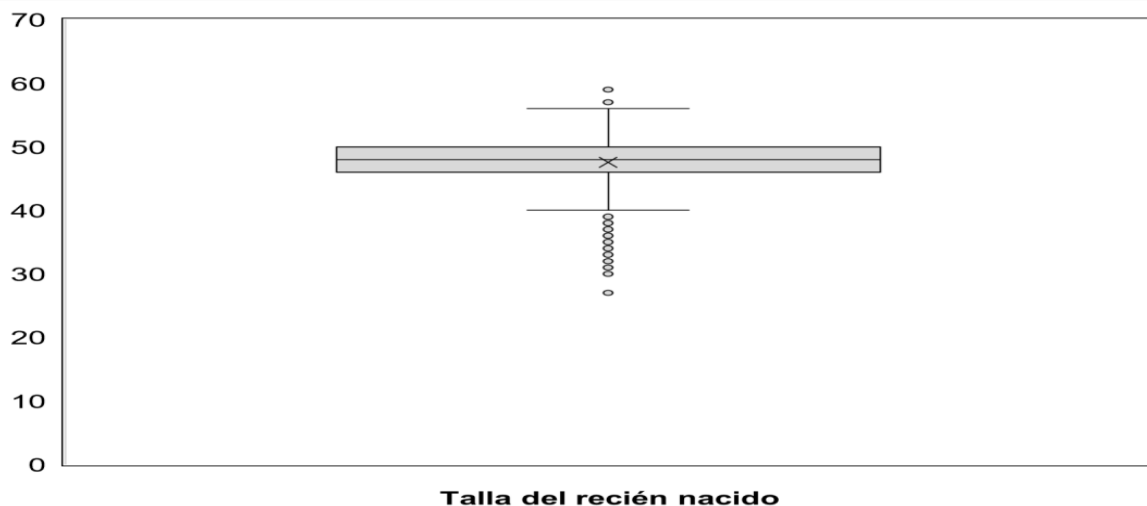
Media: 37,34 **DS:** 2,52

N: 1519

Fuente: Propia de la investigación 2023-2024.

Por otra parte, se encontró que el 3,0% de las adolescentes concluyeron su gestación entre la semana 28-31. Un porcentaje más pequeño, siendo el 0,8% de las gestantes, terminaron su embarazo entre las semanas 5-27. Finalmente, el 0,9% de adolescentes tuvieron un embarazo superior a las 40 semanas, siendo en la clasificación de tiempo gestacional identificado como postérmino.

Gráfica 2. Talla del recién nacido



N: 1519

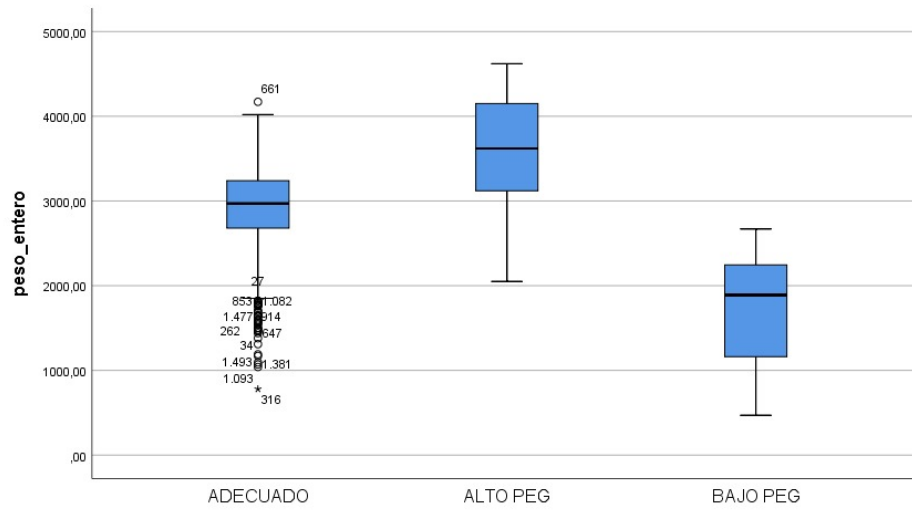
Fuente: Propia de la investigación 2023-2024.

En esta gráfica podemos encontrar que, frente a la talla del recién nacido, se evidencia que, al nacer el promedio de la talla es de 47,52 cm, con una desviación estándar de 3,34. Por otra parte, también se constató que la talla más inferior

encontrada en los nacidos vivos fue de 27 y, finalmente se puede adicionar que hubo dos casos aislados en los que los recién nacidos tallaron 58 y 60 cm respectivamente.

✓ CLASIFICACION RN SEGÚN EL PESO GESTACIONAL

Gráfica 3. *Peso del recién nacido*



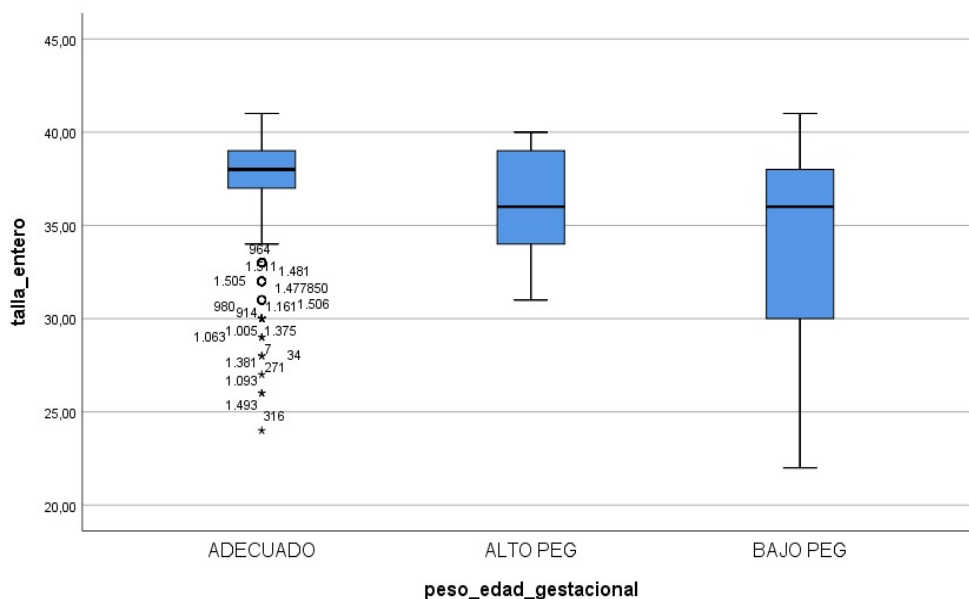
N: 1519

Fuente: Propia de la investigación 2023-2024.

Peso según clasificación:

Al relacionar el peso de los nacidos vivos de acuerdo a la edad gestacional, se observa que el peso adecuado mantienen una mediana de 2.970 gr (RIC 2.678,7: 3.240), encontrando un peso mínimo de 780 gr y un máximo de 4.170; para el alto peso según la edad gestacional, la mediana fue de 3.620 (RIC 3.080:4.160), un mínimo de 2.050 y un máximo de 4.620, cabe recalcar que en alto peso ante las pruebas de normalidad los datos se comportaron de manera normal en comparación de bajo y adecuado peso, por último, se encontró que el bajo peso está con una mediana de 2.890 gr (RIC 1.153,7: 2.245).

Gráfica 4. Peso del recién nacido



N: 1519

Fuente: Propia de la investigación 2023-2024.

Talla según clasificación:

Al relacionar la talla de los recién nacidos de acuerdo al peso según edad gestacional, encontramos que, la talla en el peso adecuado tiene una mediana de 38,0 cm (RIC 37,0: 39,0), evidenciando una talla mínima de 24 cm y máxima de 41 cm; en los recién nacidos con un peso alto, se encontró la mediana de la talla de 36,0 cm (RIC 34,0: 39,0), con un mínimo de 31 cm y un máximo de 40 cm, cabe recalcar que en alto peso ante las pruebas de normalidad los datos se comportaron de manera normal en comparación de bajo y adecuado peso, finalmente, se encontró que en el bajo peso, talla se encuentra en una mediana de 36,0 cm (RIC 30,0: 38,0), al igual que en el alto, lo que significa, que tiene aunque tenga peso bajo no tiene talla baja.

✓ CARACTERÍSTICAS DEL NACIDO VIVO

De las 1519 mujeres embarazadas, el producto vivo concentró el 50,52% hombres y 49,8% mujeres. dichos partos fueron atendidos por médicos y por enfermeras, correspondiendo al 0,1% (1) a los atendidos por auxiliar de enfermería y el 99,9% (1518) por médicos.

En cuanto a las estadísticas asociadas al grupo sanguíneo de los nacidos vivos, encontramos que el grupo sanguíneo O+ tiene una presencia abrumadora de 1034 (68,1%), siendo por mucho, el más común, por otra parte, el grupo sanguíneo B+

es el segundo grupo más común, representando a 164 RN (10,8%) en la población estudiada, seguido por el grupo sanguíneo A+ con 158 RN (10,4% del total).

Posteriormente, se muestra un declive en cuanto a frecuencias del grupo sanguíneo, donde encontramos que el grupo sanguíneo O- está presente en 22 nacidos vivos, representando el 1,4% de la población; el grupo sanguíneo AB+ representa a 18 (1,2%); el grupo sanguíneo A- solo el 0,7% con 11 recién nacidos y el grupo sanguíneo B-, con 9 representando el 0,6% de la muestra. Finalmente, encontramos que el grupo sanguíneo AB- es el más raro en esta muestra, con 1 nacido vivo, representando el 0,1% del total y, de igual manera, el 0,1% representando a 2 recién nacidos, no tienen el grupo sanguíneo registrado o no se pudo determinar.

Tabla 7 .
Apgar 1 y 5

CLASIFICACIÓN	CLAS_APGAR1		CLAS_APGAR 5	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Normal	1275	83,9	1437	94,6
Leve	212	14	67	4,4
Moderado	23	1,5	10	0,7
Severo	9	0,6	5	0,3
Total	1519	100	1519	100

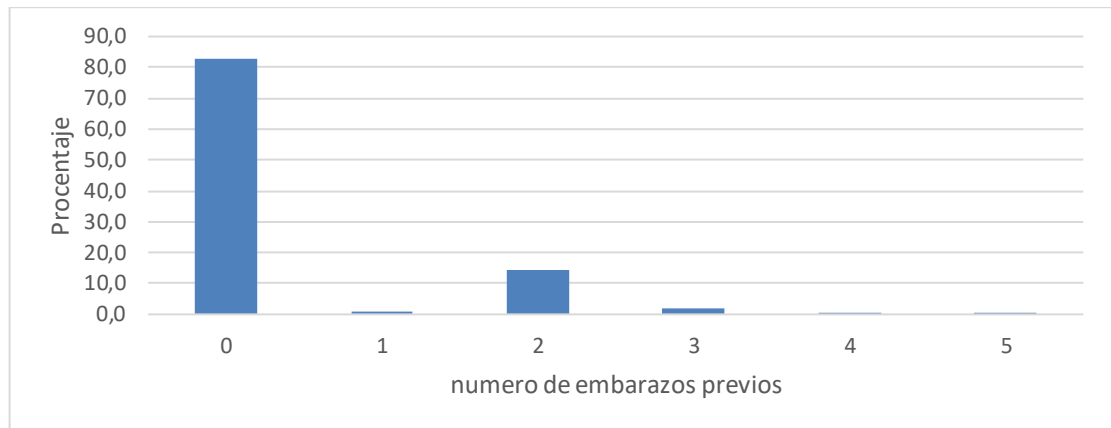
N: 1519

Fuente: Propia de la investigación 2023-2024.

Según los niveles de clasificación del Apgar, durante el primer minuto, se evidenció que el 2.1% tuvo sufrimiento fetal al nacer, con un Apgar inferior a 5, por lo que requirió reanimación. Por otra parte, el 14% tuvieron un Apgar de 6-7, por lo que se tomaron las medidas correspondientes y se los tuvo en observación durante los próximos 5 minutos con el fin de volver a evaluar el Apgar y evidenciar su mejoría. Finalmente, el mayor porcentaje, siendo 83,9%, tuvieron un Apgar relativamente normal (8-10), por lo cual no se les realizó ningún tipo de procedimiento.

Objetivo #3. Identificar las condiciones gestacionales del embarazo precoz y subsecuente

Gráfica 5. Antecedentes obstétricos

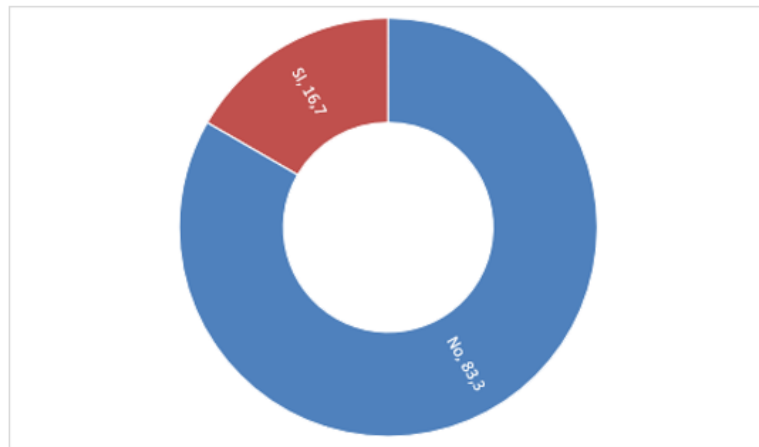


N: 1519

Fuente: Propia de la investigación 2023-2024

En esta grafica que hace parte de los antecedentes obstétricos, corresponde al número de gestas que ha tenido la población objeto estudiado, en la cual se puede evidenciar una media en número de embarazos, la cual equivale a 1,18, con una desviación estándar de 448, donde el mínimo de gestas ha sido 0, con 1.256 gestantes y, el máximo 5 embarazos previos, con 1 gestante.

Gráfica 6. Embarazo subsecuente



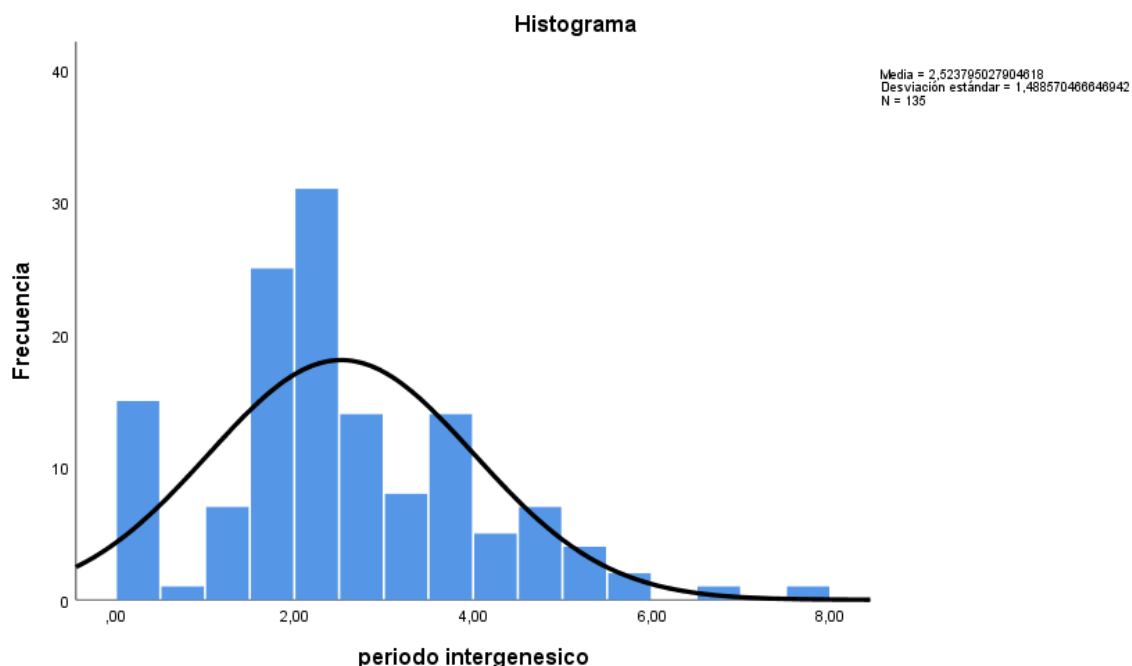
N: 1519

Fuente: Propia de la investigación 2023-2024.

Del total de las mujeres con un embarazo precoz, el 16,66% presentaron además un embarazo subsecuente, lo que corresponde a 253 mujeres. El 5,1% de ellas, antes de la gesta en estudio ya habían tenido 1 embarazo previo, por otra parte, un porcentaje más significativo (84,6%) ya habían tenido 2 gestas, el 9,1% 3 gestas,

un porcentaje más bajo (0,8%) de las gestantes refirieron haber tenido 4 gestas y, por último el 0,4% de la población estudiada, 5 gestas; sin embargo, no se logra determinar cuántas de estas gestaciones resultaron como un producto vivo, pero sí se encontró que el 5,3% de las mujeres, correspondiendo a 80 gestantes, tuvieron un aborto previo.

Gráfica 7. Periodo intergenésico.



N: 1519

Fuente: Propia de la investigación 2023-2024.

De las mujeres con embarazos subsecuentes, se encontró que el periodo intergenésico entre la anterior gestación y la actual mantiene una media de 2,5 años, con un máximo de 7,9 años y una mediana de 2,27 años (RIC 1,7 – 3,5). El 11,8% tiene un periodo intergenésico menor al año del ultimo nacido vivo, es decir que la concepción fue dentro del periodo del puerperio.

Tabla 8

Características de la gestación

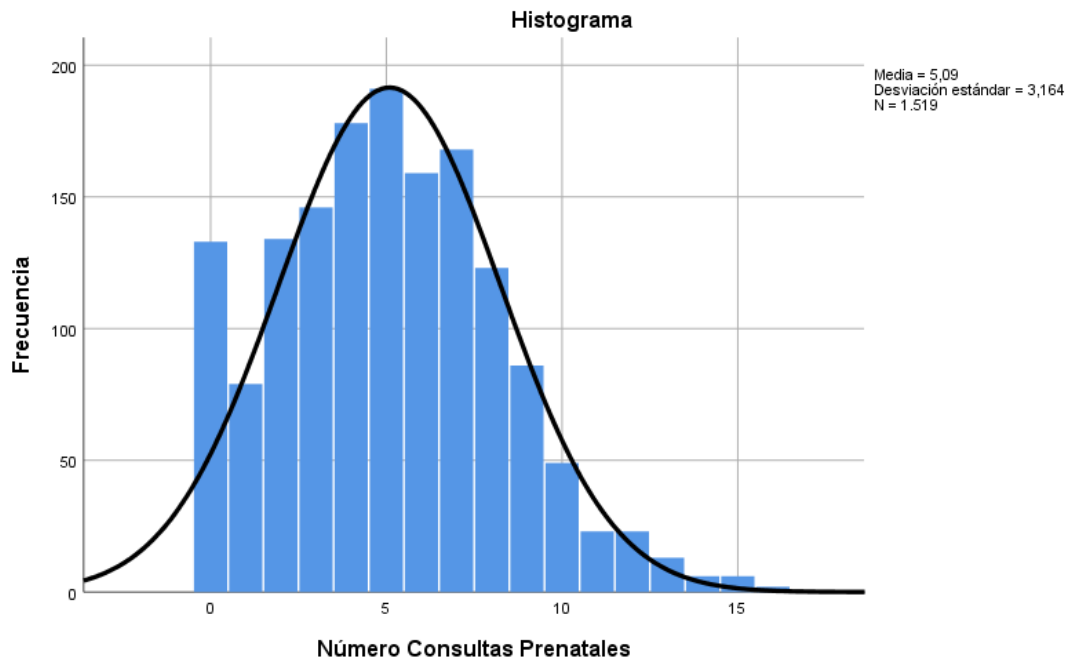
Variable	n	%
Multiplicidad Embarazo		
Simple	1483	97,6
Doble	36	2,4

Embarazo de alto riesgo

No	189	12,4
Si	1330	87,6

Las características de la gestación se evidencio que 2 de cada 100 mujeres, presentan un embarazo gemelar o doble, sin embargo, por las condiciones fisiológicas de las gestantes con embarazo precoz el 87,6% fueron clasificadas en los controles o evaluación obstétrica como embarazo de alto riesgo

Gráfica 8. Número consultas prenatales



N: 1519

Fuente: Propia de la investigación 2023-2024.

Según la gráfica de controles prenatales realizados por las gestantes en estudio durante su embarazo, se pudo encontrar una media de 5,09 y una mediana de 5, donde la mayor proporción 45,8% (696) accedieron de 4 a 7 CPN; una proporción ligeramente inferior 32,4% (492) tuvieron de 0-3 CPN; el 20% de las gestantes accedió de 8-12 controles prenatales y, por último, una tasa más baja de mujeres (1,8%) correspondiendo a 27 gestantes, accedió a más de 13 CPN.

Cabe recalcar que el 8,8 de las gestantes no tuvieron controles y, fue relevante que 1.330 mujeres tuvieron un embarazo de alto riesgo (87,6%); se evidenció que a medida que aumentan el número de CPN, disminuye la concentración de mujeres que acceden a ellos. Finalmente, se pudo evidenciar que, si bien el 97,6% de las

mujeres tuvieron un producto vivo al nacimiento, se encontró que, el 2,4% (36 mujeres) obtuvieron mellizos de la gestación.

Tabla 9
Método de planificación

Variable	n	%
Método de planificación		
Ninguno	15	1,0
DIU	27	1,8
Implante subdérmico	1051	69,2
Inyección trimestral	177	11,7
Pomeroy	142	9,3
Posterga decisión	105	6,9
Preservativo	2	0,1

N: 1519

Fuente: Propia de la investigación 2023-2024.

Según la clasificación de método de planificación, se logró evidenciar que los métodos hormonales fueron los elegidos por la mayor parte de las mujeres estudiadas, con un porcentaje de 82,7%, correspondiendo a 1.255 mujeres; el siguiente método más frecuente fue el quirúrgico, elegido por 142 mujeres (9,3%), y el método menos frecuente fue el de barrera, al cual solo accedieron 2 mujeres (0,1%); sin embargo, se identificó que un porcentaje significativo de mujeres (7,9%), no eligieron ningún método anticonceptivo en el momento en que se recolectó esta información.

Tabla 10
Condiciones del parto y complicaciones

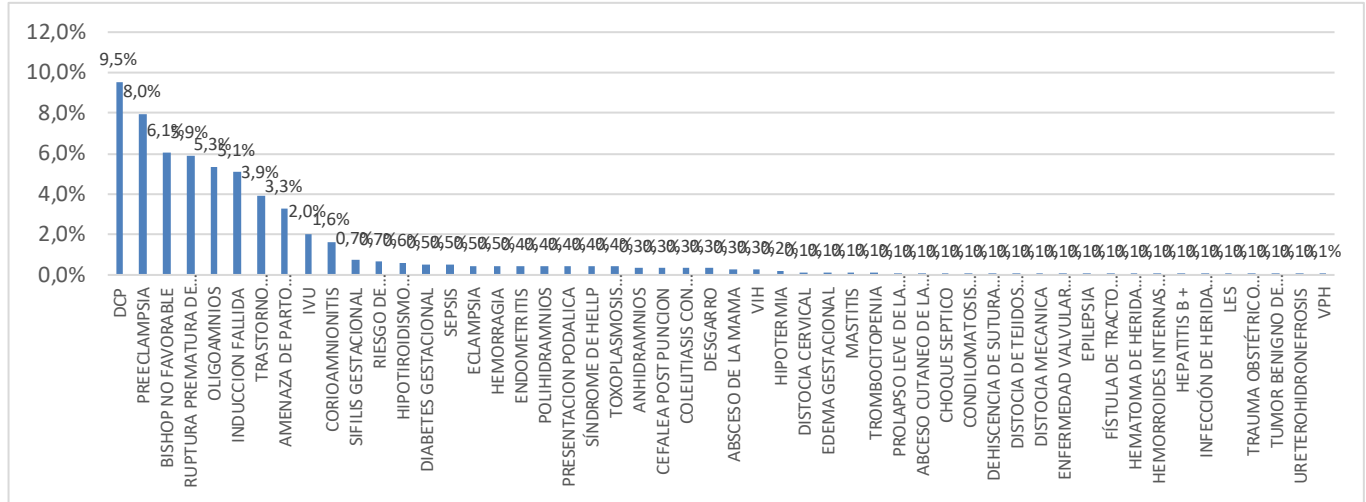
Variable	n	%
Tipo de parto		
Cesárea	1031	67,9
Espontáneo	488	32,1
Complicaciones		
No	744	49,0
Sí	775	51,0

N: 1519

Fuente: Propia de la investigación 2023-2024.

La tabla 10 representa las condiciones presentadas por las gestantes en el parto, donde se evidencia que el 67,8% termina en una cesarí y el 51% presentaron algún tipo de complicación clínica intraparto o derivada de la gestación.

Gráfica 9. Tipo de complicaciones



N: 1519

Fuente: Propia de la investigación 2023-2024

En esta investigación se evidenció que 175 mujeres, representando el 51,0% de la población estudiada, presentaron complicaciones, donde las más frecuentes fueron DCP en 145 mujeres, preeclampsia en 121, bishop no favorable en 92, RPM en 90 pacientes, oligoamnios en 81, inducción fallida en 77 mujeres que se encontraban en labor de parto, trastorno hipertensivo asociado al embarazo en 60, y amenaza de parto pretérmino en 50 mujeres.

Por otra parte, hubo otras complicaciones que estuvieron presentes en menor proporción, tales como, riesgo de isoimmunización que estuvo presente en 10 pacientes, hipotiroidismo gestacional en 9, diabetes gestacional y sepsis en 8 pacientes, eclampsia y hemorragia en 7, endometritis, polihidramnios, presentación podálica, síndrome de hellp y toxoplasmosis gestacional en 6 embarazadas; por otra parte, pudimos evidenciar que hubo complicaciones que solo estuvieron presentes 2 veces donde encontramos trombocitopenia, mastitis, edema gestacional y distocia cervical, finalmente, encontramos complicaciones que solo se presentaron 1 vez, como VPH, trauma obstétrico severo, infección de herida qx, ureterohidronefrosis, hepatitis B, epilepsia, distocia mecánica y de tejidos blandos, choque séptico, hemorroides, hematoma de herida qx, y fistula de tracto genital al tracto intestinal.

Objetivo #4. Determinar la relación entre embarazo precoz y el embarazo subsecuente según las características sociodemográficas y gestacionales de las mujeres y los factores clínicos del recién nacido.

✓ Relación entre el embarazo precoz y las variables epidemiológicas

Tabla 11
Bivariado precoz y subsecuente

Variables independientes		Clasificación embarazo precoz según edad			Total	Chi-cuadrado de pearson	Riesgo or	Intervalo de confianza de 95 %				
		Adolescencia (12 a 17 años)	Juventud (18 a 26 años)					Inferior	Superior			
Pais_procedencia	Colombia	585	781	1366	0,096							
	Ecuador	2	6	8								
	Venezuela	50	95	145						Na	Na	Na
Pertenenencia étnica	Indígena	21	24	45	0,131							
	Negro(a), mulato(a), afro colombiano(a) o afro descendiente	111	123	234								
	Sin partencia étnica	505	735	1240						Na	Na	Na
Tipo parto	Cesárea	441	590	1031	0,336							
	Espontáneo	196	292	488						1,11	0,89	1,39
Multiplicidad embarazo	Doble	12	24	36	0,290							
	Simple	625	858	1483						0,69	0,34	1,38
Embarazo de alto riesgo	No	51	138	189	0,000							
	Si	586	744	1330						0,469	0,334	0,659
Complicaciones	No	292	452	744	0,037							
	Si	345	430	775						0,81	0,66	0,99
Clasificación sufrimiento fetal según apgar 1min	Reanimación (apgar menor a 5)	13	19	32	0,655							
	Procedimientos y observación (apgar 6-7)	95	117	212						Na	Na	Na
	Normal	529	746	1275								
Clasificación controles prenatales	Cpn 0 a 3	230	262	492	0,010							
	Cpn 4 a 7	288	408	696								
	Cpn 8 a 12	106	198	304								
	Mayor a 13	13	14	27						Na	Na	Na
Tiempo gestación reclasificado	Pretérmino	163	215	378	0,632							
	Término	470	658	1128								
	Postérmino	4	9	13						Na	Na	Na

Fuente: Propia de la investigación 2023-2024

Al establecer la relación entre el embarazo precoz, según la edad y las variables independientes tanto sociodemográficas como clínicas, se evidencia que el alto

riesgo, la presencia de complicaciones, y los controles prenatales mantienen una relación estadísticamente significativa con la clasificación de la edad del embarazo precoz, con un valor de p inferior a 0,05, sin embargo, no se logró calcular el riesgo por la razón de posibilidades para los controles prenatales; por otra parte, frente a la razón de posibilidades, se evidencia que el no tener complicaciones protege a las mujeres entre 18 a 26 años de un embarazo precoz.

- ✓ Relación entre el embarazo subsecuente y las variables epidemiológicas

Tabla 12
Bivariado precoz y subsecuente

Variables independientes		Embarazo subsecuente			Chi-cuadrado de pearson	Riesgo or	Intervalo de confianza de 95 %	
		No	Si	Total			Inferior	Superior
Pais_procedencia	Colombia	1152	214	1366	0,008			
	Ecuador	6	2	8				
	Venezuela	108	37	145				
Pertenenencia étnica	Indígena	35	10	45	0,000			
	Negro(a), mulato(a), afro colombiano(a) o afro descendiente	172	62	234				
	Ninguno de los anteriores	1059	181	1240				
Tipo parto	Cesárea	858	173	1031	0,850			
	Espontáneo	408	80	488				
Multiplicidad embarazo	Doble	18	18	36	0,000			
	Simple	1248	235	1483				
Embarazo de alto riesgo	No	151	38	189	0,174			
	Si	1115	215	1330				
Complicaciones	No	605	139	744	0,038			
	Si	661	114	775				
Clasificacion sufrimiento fetal segun apgar 1min	Reanimacion (apgar menor a 5)	24	8	32	0,121			
	Procedimientos y observacion (apgar 6-7)	169	43	212				
	Normal	1073	202	1275				
Clasificacion controles prenatales	Cpn 0 a 3	388	104	492	0,007			
	Cpn 4 a 7	588	108	696				
	Cpn 8 a 12	266	38	304				
	Mayor a 13	24	3	27				
Tiempo gestacion reclasificado	Pretérmino	282	96	378	0,000			
	Término	974	154	1128				
	Postérmino	10	3	13				

Fuente: Propia de la investigación 2023-2024

El análisis bivariado, hace evidente que el país de procedencia, la pertenencia étnica, la multiplicidad del embarazo, las complicaciones, la clasificación del control prenatal, y el tiempo de gestación, mantienen una relación estadísticamente significativa con la ausencia de un embarazo subsecuente, con valores de p

inferiores a 0,05, sin embargo, no se logró establecer una medición de riesgo o un cálculo de OR entre las variables con significancia estadística.

8. DISCUSIÓN

El embarazo adolescente es una problemática que persiste tanto en Colombia como en otras regiones de América Latina; un resultado de la investigación confirma lo mencionado, pues indica que el 25.6% de las gestantes en el estudio tienen 19 años; este dato es respaldado por investigaciones que evidencian la vulnerabilidad de las adolescentes en esta franja de edad.

En Colombia, por ejemplo, según un estudio de Maternidad precoz en adolescentes en Colombia: tendencias temporales y consecuencias, 2019, se ha reportado que "el aumento de la maternidad adolescente, especialmente entre niñas de 10 a 14 años, ha afectado la salud pública. Entre 2001 y 2011, la natalidad en el grupo de 10 a 14 años aumentó un 2,6%, y un 25,6% de las gestantes tenían 19 años", epidemiología que no dista a lo evidenciado donde se encontró que el rango entre los 10 a 14 años mantuvo una proporción del 5%, y de los 15 a 19 años alcanzó 84,8%. (77)

De igual manera, el estudio titulado "Impacto del embarazo en la adolescencia en un grupo básico de trabajo en la atención primaria de salud", nos indica que, al evaluar la distribución de adolescentes embarazadas según el grupo de edades, se halló que la mayor proporción comprendía una edad entre 17-19 años, representando el 84%, lo que concuerda con el resultado obtenido. (78)

Así mismo, Díaz, Velasco, Gutiérrez, Muro, y Álvarez (2019), nos dan a conocer que en su investigación, según edad predominó el grupo de edades de 17 - 19 años con 143 casos (80,8 %), seguido del grupo de 14 - 16 años con 34 casos (19,2 %). (79)

Por último, al comparar el contexto colombiano con otros países de la región, como Brasil, se observan algunas diferencias, en Brasil, según el estudio denominado las Tendencias del embarazo adolescente en la última década, 2020 "la tasa de fecundidad en adolescentes de 15 a 19 años bajó de 70,9 a 61,8 por 1,000". lo que representa una disminución, pero aún refleja altos índices en esta franja de edad. (80)

El nivel de escolaridad en mujeres con embarazo precoz se ha convertido en un gran interrogante social, pues se ha asociado a falta de conocimiento en cuanto a la actividad sexual. El resultado obtenido muestra que el 76.6% de las mujeres con embarazo precoz tienen un nivel educativo que alcanza hasta secundaria, técnica o tecnológica, este hallazgo se alinea con estudios que señalan que la maternidad temprana está asociada a menores niveles educativos, dado esto, en Colombia, en un estudio del DANE, se ha reportado que "la proporción de adolescentes con educación secundaria o grados escolares mayores es menor cuando se tienen hijos que cuando no los hay.

Así, en Colombia, mientras que del grupo de adolescentes que no tienen hijos, el 79,2 % está en nivel secundario o más, de las adolescentes que tienen hijos solo el 63,5 % alcanzaron el nivel de secundaria o más" (Nacimientos, según nivel educativo de la madre). Esta brecha educativa refleja los obstáculos que enfrentan las adolescentes embarazadas para completar su formación académica. (81)

Caso similar se encontró en el estudio Factores que inciden en el embarazo precoz de las adolescentes de Pasaje, Ecuador; pues se investigó tanto el nivel educativo del padre como de la madre, y se obtuvo como resultado que, en cuanto a las mujeres adolescentes, el 45% habían realizado hasta básica primaria, y el 40% bachiller, con lo que se confirma que las adolescentes embarazadas tienen una brecha de nivel educativo inferior, con respecto a las demás. (82)

Sin embargo, es importante mencionar que, un estudio titulado "Maternidad adolescente, entre la escolarización y fracaso escolar", concluye que "la maternidad no es un factor que genere de forma causal la deserción escolar; pero sí influye sobremanera las dinámicas de inclusión al interior de los establecimientos educativos, lo cual genera estrés y limita procesos de aprendizaje", por lo que se debe abordar en la importancia de disminuir los prejuicios sociales y discriminación de estas madres adolescentes, para favorecer en la inclusión escolar y no se limiten las oportunidades de desarrollo personal y profesional de estas jóvenes. (83)

Es importante evaluar los factores clínicos del recién nacido, producto de la población de madres adolescentes, pues con ello podremos evaluar si hay alguna asociación en las características de los recién nacidos de estas jóvenes. La investigación arrojó un resultado que indica que el 74.3% de los nacimientos en la población objeto de estudio se clasifican como nacimientos a término, el cual está respaldado por la literatura "Características perinatales de los recién nacidos de madres adolescentes del Hospital Hipólito Unanue de Tacna 2019-2020", que examina las características clínicas del recién nacido de madres adolescentes, se destaca que del total de la población estudiada, el neonato a término corresponde a la mayoría, representando el 91,6%" (84)

Además, en el estudio llamado "Características clínicas y epidemiológicas del recién nacido de madre adolescente en hospital regional Huacho 2021", se observó que, el 91,6% fue a término, 8,4% fueron pretérmino y ningún postérmino, lo que, de igual manera, nos genera correlación con los resultados. (85)

Finalmente, el artículo "Características clínicas, evolución y relación con principales complicaciones del recién nacido de madre adolescente atendida en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2021-2022 " nos corrobora la información de los anteriores artículos, pues concuerda con que la mayoría de los recién nacidos de madres adolescentes, nacieron a término, representando 93,4%. (86)

Por último, es importante considerar que, en contraste a lo anterior, hubo un artículo que se enfoca no solo en los nacimientos a término, sino en las posibles complicaciones que pueden existir, por lo que menciona que, aunque el 74.3% de los nacimientos en este estudio fueron a término, el riesgo de morbilidad sigue presente, especialmente en aquellos nacidos cercanos al término. La prematuridad tardía, definida como los nacimientos entre las 34 y las 36 semanas y 6 días, se ha identificado como una población con mayor riesgo de complicaciones.

Estos recién nacidos "presentan un riesgo de morbilidad a corto, medio y largo plazo significativamente más importante que los recién nacidos a término (NNAT)" (Prematuros tardíos: recién nacidos de alto riesgo a pesar de las apariencias, 2020). Esto sugiere que incluso dentro de la categoría de nacimientos a término, es crucial prestar atención a las semanas específicas de gestación, ya que aquellas más cercanas al límite de prematuridad pueden requerir una mayor vigilancia médica. (87)

Por otra parte, dentro de los factores clínicos del recién nacido, se obtuvo un resultado el cual indica que el 91.4% de los recién nacidos, tuvo un peso gestacional normal, sugiriendo un aspecto positivo en el estado de salud neonatal de la población objeto de estudio. Este hallazgo se correlaciona con la evaluación del estado nutricional de las madres durante el embarazo. En "Efecto del comportamiento del peso materno en el peso del neonato" reportó que "al clasificar el estado nutricional pregestacional, 4.2% presentó bajo peso, 57.3% peso adecuado, 27.1% sobrepeso y 11.5% obesidad". lo que indica que una mayoría significativa de las gestantes tuvo un peso adecuado, lo cual es un factor clave que contribuye a un peso saludable en sus recién nacidos. (88)

Además, la relación entre el peso pregestacional y el estado nutricional durante la gestación es relevante para entender los resultados de peso al nacer. Tanto así, que otro artículo menciona que "54% tuvo un peso normal, 21% bajo peso y 23% sobrepeso" Información obtenida en el artículo titulado Relación entre el estado nutricional materno y el perímetro cefálico del recién nacido. (89)

De igual manera, el artículo titulado "valor diagnóstico de la curva de crecimiento intrauterino de Ticona para evaluar antropometría en el recién nacido a término" confirma que, al evaluar el peso del recién nacido, según evaluación de CLAP, se puede apreciar que del total de recién nacidos el 6.3% fueron clasificados como pequeños para su edad gestacional, el 81.5% como adecuado para su edad gestacional y el 12.2% como grandes para su edad gestacional, indicando que los pacientes que tienen un adecuado peso gestacional tienen mejores expectativas al transcurso de su vida neonatal. (90)

Sin embargo, no se debe pasar por alto que las gestantes con alta ganancia de peso durante el embarazo pueden enfrentar complicaciones. Un estudio señala que "las mujeres con alta ganancia de peso gestacional también mostraron una alta prevalencia de hipertensión y periodontitis durante el embarazo, y periodontitis persistente después del parto" (Fuente 4). Esto implica que, si bien el peso gestacional normal de los recién nacidos es un indicador positivo, también es esencial monitorear la salud de las madres para prevenir posibles complicaciones que puedan afectar tanto su bienestar como el de sus bebés. (91)

En cuanto a los resultados obtenidos de esta investigación, también se encontró que el 83.9% de los recién nacidos tuvo una clasificación APGAR normal (7 a 10) lo que resalta la buena salud inicial de los neonatos en la población estudiada, dicho hallazgo está respaldado por varios estudios que han evaluado el estado de los recién nacidos al momento de su nacimiento. Por ejemplo, se ha reportado que "la mayoría de los RN obtuvieron un puntaje Apgar adecuado (7 a 10) al minuto de vida y la totalidad de ellos obtuvieron Apgar adecuado a los 5 minutos" (El recién nacido de madre adolescente, 2018). indicando no sólo un adecuado estado de salud en el momento del parto, sino también la efectividad de las intervenciones médicas inmediatas, que son cruciales para la adaptación del recién nacido al entorno extrauterino. (92)

Además, un monitoreo detallado en el estudio denominado: Monitoreo electrónico fetal intraparto en gestantes adolescentes y apgar del recién nacido en el Hospital Departamental de Huancavelica se revela que "los recién nacidos al minuto tuvieron condición excelente en 94% por Apgar, un mínimo estuvo moderadamente (3%) o severamente (3%) deprimido. A los cinco minutos estuvieron en condición excelente (99%) y moderadamente deprimidos (1%)", porcentaje elevado de recién nacidos con puntuaciones APGAR altas refleja un entorno perinatal favorable y el manejo adecuado durante el parto, lo cual es fundamental para minimizar las complicaciones a corto y largo plazo. (93)

Otro estudio realizado en el Hospital Felix Mayorca Soto de Tarma, 2020, destaca que se encontró en el Apgar de los recién nacidos, un "buen Apgar de siete a más en un 99.4% y, menor a siete hasta en el 0.6%". Esta tendencia indica que, en general, el bienestar neonatal en la población estudiada es alto. (94)

A diferencia de estos estudios, se encontró uno donde no solo dio como resultado cifras estadísticas, sino que se centró en los factores clínicos y demográficos de las madres que generan un recién nacido con Apgar < 7. Este estudio menciona que, "la disminución de la edad materna, del número de controles prenatales y de la edad gestacional en el momento del parto se relacionan con puntuaciones bajas de Apgar", lo que sugiere que un seguimiento prenatal adecuado y una atención adecuada durante el embarazo son determinantes clave para obtener mejores

resultados en las puntuaciones APGAR, enfatizando la importancia de la atención integral a las madres durante la gestación. (95)

Obtuvimos unos resultados para el último objetivo, el cual se basa en identificar las condiciones gestacionales del embarazo precoz y subsecuente. El primer hallazgo se direcciona a las gestas anteriores de las mujeres estudiadas, donde se encontró que el 83%, representando a la mayoría de las pacientes, no presentaron antecedentes de embarazo previo, aunque se identificó un pequeño porcentaje con dos gestaciones anteriores (16%), información relevante en esta investigación, pues proporciona datos sobre las condiciones gestacionales del embarazo precoz y subsecuente.

Este resultado es consistente con estudios previos que han analizado el fenómeno del embarazo en adolescentes. Por ejemplo, un estudio llamado "Prevalencia de embarazo adolescente subsecuente en un hospital de segundo nivel en Sinaloa" sobre adolescentes embarazadas, encontró que "el 23% tuvieron embarazos subsecuentes, la mayoría no planeados y en la adolescencia tardía". Esta similitud sugiere que la mayoría de las mujeres adolescentes son primigestantes. (96)

También se encontró un estudio titulado "Caracterización de embarazos adolescentes atendidas en el Hospital Regional de Talca" donde se describió que, "del total de adolescentes embarazadas, 1.394 (89,6%) eran primigestas, 27 (1,7%) secundigestas nulíparas y 145 (9,3%) multíparas", donde se evidencia que hay un porcentaje muy significativo que marca la diferencia entre mujeres primigestantes y las que ya han tenido más de una gesta. (97)

Asimismo, en la región metropolitana de Curitiba se observó que en: Análisis crítico de la multiparidad en el embarazo adolescente, "el 71% de las pacientes adolescentes eran primigestantes, un 29% presentó multiparidad, con un 22% teniendo dos embarazos previos" Esto pone de manifiesto la necesidad de implementar estrategias para prevenir embarazos no planificados en adolescentes, ya que este riesgo puede afectar negativamente su salud física y emocional. (98)

Defiriendo a los artículos ya mencionado, el estudio titulado "Número de gestaciones, control prenatal y estado nutricional asociados a complicaciones materno perinatales en gestantes adolescentes del Hospital Materno infantil Carlos Showing Ferrari", realizó un análisis de mujeres con embarazo precoz, el cual obtuvo resultados muy semejantes entre el número de mujeres primigestantes y multíparas, donde el 51,4%, fueron primigestantes y el 48,6% multigestantes.

Otro de los hallazgos en esta investigación, ha sido que el 16.6% de las pacientes consideradas como embarazos precoces, tuvieron además un embarazo subsecuente, lo cual ofrece una perspectiva importante sobre las condiciones gestacionales en este grupo. Este porcentaje, aunque no es muy alto, sugiere que

una parte significativa de las adolescentes que experimentan un embarazo precoz puede enfrentar el riesgo de quedar embarazadas nuevamente, lo que plantea interrogantes sobre las intervenciones y el apoyo necesario para prevenir futuros embarazos no planificados. (99)

Al respecto, un estudio realizado con adolescentes embarazadas menciona que "se obtuvo 85 pacientes como un número total de la muestra de mujeres adolescentes con embarazos subsecuentes, donde las edades más frecuentes fueron: de 17-19 años que representa un 88.2 por ciento del total de la muestra" según: "Factores que predisponen a embarazos subsecuentes en adolescentes que acuden al Hospital de la Mujer Dominicana, diciembre 2021 - noviembre 2022". Este hallazgo indica que, aunque las adolescentes más jóvenes también pueden enfrentar embarazos subsecuentes, la mayoría de los casos se concentra en un grupo etario más maduro, lo que puede estar relacionado con el tipo de relación que lleva con el padre de su hijo, como la unión libre, y la falta de recursos para la planificación familiar. (100)

Un contexto más amplio revela que, "a pesar de que en Inglaterra se han reducido los embarazos de adolescentes en las últimas dos décadas, el número de embarazos repetidos sigue siendo elevado y representa alrededor del 25% de los embarazos de adolescentes " esto, dicho en el estudio de "Embarazos repetidos en madres adolescentes: un estudio exploratorio". Este dato es preocupante y refleja que, aunque hay avances en la reducción de la tasa de embarazo adolescente, la recurrencia de embarazos en este grupo continúa siendo un desafío significativo. Esto resalta la necesidad de abordar no solo la prevención del primer embarazo, sino también la educación y el acceso a métodos anticonceptivos adecuados para evitar embarazos subsecuentes. (101)

Asimismo, un estudio fenomenológico sobre los embarazos recurrentes en adolescentes en el municipio de Effutu, Ghana, ha encontrado que "las madres adolescentes tienen alrededor del 30% y el 50% de posibilidades de volver a quedar embarazadas dentro de un año y dos años después del primer embarazo respectivamente". Esta estadística pone de manifiesto la vulnerabilidad de las adolescentes y la importancia de implementar programas de educación sexual y planificación familiar que ayuden a reducir estas altas tasas de recurrencia. (102)

Por otro lado, un estudio realizado en Brasil indica que "se encontró una disminución en el porcentaje de nacidos vivos entre madres adolescentes, en la tasa de fertilidad y en los embarazos recurrentes de las mismas". Esto sugiere que, aunque existen desafíos significativos, hay una tendencia hacia la reducción de embarazos repetidos en algunos contextos, lo cual podría estar relacionado con un mejor acceso a la atención prenatal y a la educación sobre salud reproductiva. (103)

Por último, tenemos un hallazgo relevante en la investigación, donde se encontró que el intervalo intergenésico promedio fue de 2.5 años desde el último hijo nacido vivo de las madres adolescentes. Este resultado sugiere que muchas de estas jóvenes podrían estar experimentando embarazos en un período relativamente corto tras el parto anterior, lo que puede tener efectos adversos tanto para la madre como para el recién nacido.

Un análisis de Caracterización clínica y epidemiológica de gestantes con diagnóstico de anemia ferropénica, muestra que "la mayor proporción de las gestantes presentaron un parto anterior (60 %) y un periodo intergenésico menor de dos años (53,33 %)". Este dato es preocupante, ya que los intervalos intergenésicos cortos se han asociado con un mayor riesgo de complicaciones obstétricas y neonatales, por ello, la falta de tiempo entre los embarazos puede limitar la recuperación de la madre y aumentar la probabilidad de resultados adversos en los siguientes embarazos. (104)

Además, se ha encontrado en el artículo "Factores asociados a la anemia en gestantes adolescentes en el centro materno infantil Laura Rodríguez Dulanto" que el período intergenésico es menor de 2 años, lo que apoya al resultado en cuestión de tiempo. (105)

Por otro lado, un estudio denominado: Periodo intergenésico corto y el estado nutricional en niños entre 6 meses a 2 años, encontró que "el periodo intergenésico más prevalente fue menor a 24 meses en 45.71% (n=16)". Este dato indica que los intervalos intergenésicos cortos pueden contribuir a la desnutrición infantil, lo que plantea un ciclo perjudicial para la salud y el desarrollo de los niños. (106)

Finalmente, según Características y riesgo obstétrico de pacientes con preeclampsia-eclampsia, difiere del resultado porque "el 65% de las pacientes fue multigesta, con un periodo intergenésico promedio de 7.36 ± 6.4 años". dicho contraste destaca la diversidad en los patrones de intervalo intergenésico según el contexto y las características de la población estudiada, asimismo, en el periodo intergenésico más largo se asocia generalmente con mejores resultados maternos e infantiles, lo que resalta la necesidad de intervenciones efectivas que alienten a las adolescentes a espaciar adecuadamente sus embarazos. (107)

9. CONCLUSIONES

1. En relación con la edad de las mujeres que experimentaron un embarazo precoz, se observa que el 25.6% de la población estudiada corresponde a las gestantes de 19 años, que representan el grupo de edad más numeroso dentro de la muestra analizada. Constituyendo un fenómeno significativo en el embarazo temporal.
2. Respecto a los hallazgos sociodemográficos, se registra que el 81.6% de la población estudiada no se identifica como perteneciente a ningún grupo étnico específico. Este resultado indica una homogeneidad en la composición étnica de la muestra.
3. Destacando el nivel de escolaridad de las mujeres gestantes, se verifica que el 76.6% de ellas cuenta con un nivel educativo que abarca desde la educación secundaria hasta la formación técnica o tecnológica. Que puede conllevar a tener implicaciones importantes en términos de acceso a información y recursos relacionados con el embarazo.
4. Considerando los factores clínicos del recién nacido, se encuentra que en el 74.3% de la población investigada, la edad gestacional se clasifica como a término. Esto quiere decir que la mayoría de los recién nacidos completaron un desarrollo gestacional adecuado.
5. Referente a la población estudiada, y considerando los factores clínicos del recién nacido, se calcula que un alto porcentaje, el 91.4%, presenta un peso gestacional normal al momento del nacimiento. Esto sugiere que la mayoría de los bebés cuentan con un desarrollo intrauterino adecuado en términos de peso.
6. El 83.9% de los recién nacidos de la población estudiada logra ser categorizado con un puntaje APGAR al minuto uno dentro de los parámetros normales. Esto es un indicador favorable pues la mayoría de los recién nacidos muestran signos vitales favorables en la evaluación inicial.
7. De acuerdo a las condiciones gestacionales del embarazo precoz y subsecuente se evidencia que la mayoría de las pacientes no presentan antecedentes de embarazo previo (83%); pero aun así se identifica un pequeño porcentaje con dos gestaciones anteriores en un (16%) de la población estudiada.
8. Del total de la población investigada, el 16.6% de las pacientes experimentan un embarazo precoz y, además, presentaron un embarazo subsecuente bajo condiciones similares. Esto revela que una parte representativa de las mujeres que tuvieron un embarazo temprano enfrentan también un segundo embarazo en circunstancias gestacionales comparables.

9. Se recopilan datos sobre el intervalo intergenésico, que revelan un promedio de 2.5 años entre un embarazo y otro en la población investigada. Siendo un factor relevante respecto a los patrones de planificación familiar. y salud reproductiva.

10. RECOMENDACIONES

1. Se recomienda al Hospital Universitario Departamental de Nariño realizar capacitaciones al personal médico direccionadas en el adecuado diligenciamiento de la historia clínica en mujeres embarazadas, pues se encontraron inconsistencias en la búsqueda de información de planificación familiar y complicaciones durante la gestación, donde se dejaron espacios vacíos en las casillas correspondientes a lo anterior mencionado.
2. Se recomienda a la Fundación Universitaria San Martín realizar campañas educativas sobre salud sexual y reproductiva, debido que la mayoría de sus estudiantes hacen parte de la población adolescente y juvenil y se siguen evidenciando embarazos durante el transcurso de su carrera. Este estudio es base para buscar alternativas de cátedras electivas de planificación familiar y con ello disminuir la tasa de embarazo adolescente durante la etapa universitaria.
3. Se recomienda elaborar un estudio donde se haga descripción de los métodos de anticoncepción de las mujeres con embarazo precoz en el Hospital Universitario Departamental de Nariño.
4. Se recomienda realizar una investigación acerca de la cantidad de abortos que han presentado las mujeres con embarazo precoz en el Hospital Universitario Departamental de Nariño.

11. LIMITACIONES

1. Una de las principales limitaciones del proyecto de investigación fue la inconsistencia y ausencia de datos gineco obstétricos. No fue posible identificar con certeza el historial de abortos en algunas gestantes, y se detectaron discrepancias entre los registros de historias clínicas anteriores y los más recientes
2. Se evidenció una falta de registros sobre planificación familiar en la historia clínica, ya que no se disponía de información precisa que permitiera determinar si los métodos utilizados por las gestantes fueron implementados antes del embarazo o después del parto.
3. Hubo un vacío en la búsqueda de información con respecto a los artículos de apoyo tanto nacionales como internacionales para la discusión en cuanto a los resultados de grupos étnicos, ya que no se encontró material relacionado a embarazo precoz y subsecuente.
4. La historia clínica tiene una casilla para diligenciar las complicaciones de las mujeres durante la gestación, sin embargo, se constató que se dejaban vacías y lo plasmaban únicamente en otros lugares como evoluciones, lo que demuestra el uso inadecuado de la historia clínica.
5. Se encontró que las fuentes secundarias del estado no gozan de buena calidad en los datos, debido que se tuvo que realizar una gran depuración de la base de datos entregada por falta de información en el diligenciamiento de las celdas, descartando incluso mujeres embarazadas que pudieron tener información relevante para la investigación.

12. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Embarazo en la adolescencia. (15, septiembre, 2011), disponible en: [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy#:~:text=Las%20madres%20adolescentes%20\(de%2010,prematuro%20y%20afecci%C3%B3n%20neonatal%20grave.](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy#:~:text=Las%20madres%20adolescentes%20(de%2010,prematuro%20y%20afecci%C3%B3n%20neonatal%20grave.)
2. ALBA Luz Helena, Salud de la adolescencia en Colombia: bases para una medicina de prevención. Univ. Méd. Bogotá (Colombia), 51 (1): 29-42, enero-marzo, 2010.
3. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. El embarazo en la adolescencia. Nota descriptiva No 364. Actualización septiembre de 2014. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs364/es/>
4. AINFA. Salud de la mujer: datos y cifras. (9, marzo, 2020). Disponible en: <https://aimfa.es/salud-de-la-mujer-datos-y-cifras/>
5. Fondo de Población de las Naciones Unidas. América Latina y el Caribe tienen la segunda tasa más alta de embarazo adolescente en el mundo. (28, febrero, 2018). Disponible en: [https://www.unfpa.org/es/resources/america-latina-y-el-caribe-tienen-la-segunda-tasa-mas-alta-de-embarazo-adolescente-en-el#:~:text=Am%C3%A9rica%20Latina%20y%20el%20Caribe%20contin%C3%BAan%20siendo%20las%20subregiones%20con,UNICEF\)%20y%20el%20Fondo%20de](https://www.unfpa.org/es/resources/america-latina-y-el-caribe-tienen-la-segunda-tasa-mas-alta-de-embarazo-adolescente-en-el#:~:text=Am%C3%A9rica%20Latina%20y%20el%20Caribe%20contin%C3%BAan%20siendo%20las%20subregiones%20con,UNICEF)%20y%20el%20Fondo%20de)
6. Organización Panamericana de la Salud. América Latina y el Caribe tienen la segunda tasa más alta de embarazo adolescente en el mundo. (28, febrero, 2018), disponible en: https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=14163:latin-america-and-the-caribbean-have-the-second-highest-adolescent-pregnancy-rates-in-the-world&Itemid=0&lang=es#gsc.tab=0
7. Organización Mundial de la Salud. Salud de la mujer (25, septiembre, 2018). Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/women-s-health>
8. PROFAMILIA. Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2. Bogotá D. C. : Ministerio de la Protección Social, 2010
9. Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. Análisis de los factores de riesgo que inciden en la

fecundidad adolescente en Colombia. Bogotá D. C.: ICBF. 2015

10. Diario el Tiempo. Embarazo precoz en Nariño alerta a Naciones Unidas. (8, julio, 2012), Disponible en: <https://www.eltiempo.com/archivo/documento/CMS-12011884#:~:text=%22Las%20EPS%20piensan%20que%20se,Otro%20aspecto%20es%20el%20moral.>

11. UNICEF. Embarazo subsecuente en la adolescencia. Estudio exploratorio Tierralta, Córdoba, Colombia. Bogotá D. C.: Universidad de los Andes. 2015

12. Ministerio de Salud y Protección Social. Prevención del embarazo adolescente. (15, marzo, 2023). Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/Embarazo-adolescente.aspx>

13. Fundación Plan Internacional España. (2023). Embarazo adolescente o embarazo precoz. Disponible en: <https://plan-international.es/girls-get-equal/embarazo-adolescente#:~:text=Los%20embarazos%20tempranos%20son%20la,veces%20m%C3%A1s%20posibilidades%20de%20morir.>

14. Cúidate Plus. (2015). Embarazo precoz. (23, octubre, 2015). Disponible en: <https://cuidateplus.marca.com/familia/adolescencia/diccionario/embarazo-precoz.html>

15. Venegas M, Valles B.N. Factores de riesgo que inciden en el embarazo adolescente desde la perspectiva de estudiantes embarazadas. *Pediatr aten primaria [Internet]*. 2019 [citado el 3 de diciembre de 2022];21(83):e109–19. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322019000300006

16. Valarezo León, Shantall Keyla; Bernardi Vilela, Gabriela Angélica; Ávalos Layana, Mario Adrián; Narea Morales, Vicky Edita. El embarazo adolescente tras el impacto del covid-19. *Pro Sciences: Revista de Producción, Ciencias e Investigación*. [Internet]. 2022 [citado el 16 de Marzo de 2024]. Disponible en: <https://journalprosciences.com/index.php/ps/article/view/536/583>

17. Digcia Moran, Ximena Gutiérrez. Factores asociados al embarazo subsecuente en adolescentes. *Revistasmedicas.unan*. [Internet]. 2022 [citado el 16 de Marzo de 2024]. Disponible en: <https://revistacienciasmedicas.unan.edu.ni/index.php/rcsem/article/view/90/68>

18. Técnica R. El Embarazo en la Adolescencia en América Latina y el Caribe. *Paho.org*. [Internet]. 2020. [citado el 3 de diciembre de 2022]. Disponible en:

https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/53134/OPSFPLHL200019_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y

19. Silvia Sanca-Valeriano, Espinola-Sánchez, Racchumí-Vela. Factores sociales y demográficos asociados al embarazo y al embarazo repetido en mujeres adolescentes de Perú. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología* [Internet]. 2022. [citado el 16 de Marzo de 2024] Disponible en: <https://web.s.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=6&sid=75f91a5a-6f92-4938-89ac-a19b11e8ee4f%40redis>

20. Enriqueta Martínez, Gloria Montero, Rosa Zambrano. El embarazo adolescente como un problema de salud pública en Latinoamérica. *Revista Espacios*. [Internet]. 2020. [citado el 16 de Marzo de 2024] Disponible en: <https://www.revistaespacios.com/a20v41n47/a20v41n47p01.pdf>

21. Josselin Cortez, Clara Diaz. Complicaciones materno-perinatales asociadas al embarazo adolescente: Un estudio de casos y controles. *Revista Internacional de Salud Materno Fetal*. [Internet]. 2020. [citado el 16 de Marzo de 2024] Disponible en: <http://ojs.revistamaternofetal.com/index.php/RISMF/article/view/200/216>.

22. Miguel Martínez. Aumentó el embarazo infantil en Colombia, ¿qué estamos haciendo mal? *Javeriana. Edu.co*. [Internet] 2023. [citado el 16 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://www.javeriana.edu.co/pesquisa/embarazo-infantil-adolescente/>

23. Susana Barradas, Ángela Guarín, Izabel Solyszko, Natalia Varela. Es esencial prevenir el embarazo temprano en Colombia. *Uniandes.edu.co*. [Internet] 2023. [citado el 16 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://uniandes.edu.co/es/noticias/psicologia/se-debe-prevenir-el-embarazo-temprano-en-colombia>

24. Adriana Morantes. Las Adolescentes De 14 A 19 Años Y La Construcción Social De La Maternidad Posterior A Un Embarazo Subsecuente En La Localidad 5 De Usme, Bogotá D.C. Universidad Pedagógica Nacional. [Internet] 2022 [citado el 3 de diciembre de 2022]. Disponible en: <http://repository.pedagogica.edu.co/bitstream/handle/20.500.12209/17799/ADOLESCENTES%20DE%2014%20A%2019%20A%c3%91OS%20Y%20LA%20CONSTRUCCI%c3%93N%20SOCIAL%20DE%20LA%20MATERNIDAD%20POSTERIOR%20A%20UN%20EMBARAZO%20SUBSECUENTE.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

25. Pasto Salud E.S.E. Fortalecimiento de los servicios de salud, establece disminución de embarazo en jóvenes y adolescentes. [Internet] 2021. [citado el 16 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://pastosaludese.gov.co/site/participacion->

ciudadana/noticias-de-interes/459-fortalecimiento-de-los-servicios-de-salud-establece-disminucion-de-embarazo-en-jovenes-y-adolescentes

26. Ninis Araujo, Martha Congolino, Nazly Dajome. Evaluación de factores que inciden en el embarazo temprano de adolescente entre 13 y 18 años de la comuna uno del municipio de TUMACO-NARIÑO. Iberoamerica corporación universitaria. [Internet] 2021. [citado el 16 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://repositorio.ibero.edu.co/server/api/core/bitstreams/27e9e2ea-05fa-4232-b856-7bd0c40c24e2/content>

27. Ministerio de Relaciones Exteriores (2023). Respuesta del Estado Colombiano a Cuestionario sobre la administración local y los derechos humanos. [Internet]. [citado el 18 de julio de 2023]. Disponible en: <https://www.ohchr.org/sites/default/files/Documents/HRBodies/HRCouncil/AdvisoryCom/LocalGvt/Colombia.pdf>

28. Instituto Nacional de estadística. (1985). Concepto seleccionado: municipio. [Internet]. [citado el 18 de julio de 2023]. Disponible en: <https://www.ine.es/DEFIne/es/concepto.htm?c=4877&op=30245&p=1&n=20>

29. Instituto Vasco de Estadística. (2023). Lugar de residencia. [Internet]. [citado el 18 de julio de 2023]. Disponible en: https://www.eustat.eus/documentos/opt_0/tema_159/elem_15397/definicion.html#:~:text=%2DH%C3%A1bitat%20residencial%3A,municipal%20o%20entidad%20de%20poblaci%C3%B3n.

30. DANE (2023). Área de nacimiento. [Internet]. [citado el 18 de julio de 2023]. Disponible en: https://www.dane.gov.co/files/inf_geo/4Ge_ConceptosBasicos.pdf

31. DANE (2023). Inspección de policía. [Internet]. [citado el 18 de julio de 2023]. Disponible en: https://www.dane.gov.co/files/inf_geo/4Ge_ConceptosBasicos.pdf

32. DANE (2023). Corregimiento municipal. [Internet]. [citado el 18 de julio de 2023]. Disponible en: https://www.dane.gov.co/files/inf_geo/4Ge_ConceptosBasicos.pdf

33. DANE (2023). Caserío. [Internet]. [citado el 18 de julio de 2023]. Disponible en: https://www.dane.gov.co/files/inf_geo/4Ge_ConceptosBasicos.pdf

34. Instituto Nacional de estadística. (1985). Concepto seleccionado: Lugar de nacimiento. [Internet]. [citado el 18 de julio de 2023]. Disponible en: <https://www.ine.es/DEFIne/es/concepto.htm?c=4877&op=30245&p=1&n=20>

35. Ministerio de Relaciones Exteriores (2023). Cédula de ciudadanía. [Internet]. [citado el 18 de julio de 2023]. Disponible en:

<https://www.ohchr.org/sites/default/files/Documents/HRBodies/HRCouncil/AdvisoryCom/LocalGvt/Colombia.pdf>

36. Diccionario médico. (2023). Edad. [Internet]. [citado el 18 de julio de 2023]. Disponible en: <https://www.cun.es/diccionario-medico/terminos/edad#:~:text=f.,juventud%2C%20edad%20adulta%20y%20vejez>.

37. Biblioteca virtual en salud. (2023). Estructura jerárquica. [Internet]. [citado el 18 de julio de 2023]. Disponible en: <https://decs.bvsalud.org/es/ths/resource/?id=50274>

38. OEHHA. (2023). Nivel educativo. [Internet]. [citado el 18 de julio de 2023]. Disponible en: <https://oehha.ca.gov/calenviroscreen/indicator/nivel-educativo#:~:text=%C2%BFQu%C3%A9%20es%20el%20nivel%20educativo,las%20personas%20con%20menos%20educaci%C3%B3n>.

39. Ministerio de Educación Nacional. (2023). Niveles de la educación básica y media. [Internet]. [citado el 18 de julio de 2023]. Disponible en: <https://www.mineducacion.gov.co/portal/Preescolar-basica-y-media/Sistema-de-educacion-basica-y-media/233834:Niveles-de-la-educacion-basica-y-media>

40. Biblioteca Nacional de Medicina. (2023). Desarrollo fetal. [Internet]. [citado el 18 de julio de 2023]. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/002398.htm>

41. Organización Mundial de la Salud. (2023). Embarazo en la adolescencia. [Internet]. [citado el 18 de julio de 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy#:~:text=La%20OMS%20colabora%20con%20asociados,el%20embarazo%20en%20la%20adolescencia>.

42. Instituto Nacional del Cáncer, (2023). Gestante. [Internet]. [citado el 18 de julio de 2023]. Disponible en: <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionarios/diccionario-cancer/def/gestante-subrogada-tradicional>

43. Instituto Nacional de estadística. (1985). Concepto seleccionado: orden de nacimiento. [Internet]. [citado el 18 de julio de 2023]. Disponible en: <https://www.ine.es/DEFIne/es/concepto.htm?c=4877&op=30245&p=1&n=20>

44. Organización Mundial de la Salud. (2023). Nacimientos prematuros. [Internet]. [citado el 18 de julio de 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth>

45. DANE. (2023). Nacimientos en niñas y adolescentes en Colombia. [Internet]. [citado el 18 de julio de 2023]. Disponible en: <https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/notas-estadisticas/ene-2022-nota-estadistica-embarazo.pdf>
46. Ribas. Emma. (2021) Antecedentes obstétricos desfavorables. [Internet]. [citado el 18 de julio de 2023]. Disponible en: <https://emmaribas.com/los-antecedentes-obstetricos-desfavorables/>
47. Onbargi, Leila Catherine.(2013). Planificación familiar. [Internet]. [citado el 18 de julio de 2023]. Disponible en: <https://www.topdoctors.es/diccionario-medico/planificacion-familiar>
48. Mayo Clinic. (2023). Complicaciones posparto: lo que necesitas saber. [Internet]. [citado el 18 de julio de 2023]. Disponible en: <https://www.mayoclinic.org/es/healthy-lifestyle/labor-and-delivery/in-depth/postpartum-complications/art-20446702>
49. Instituto Nacional de estadística. (1985). Concepto seleccionado: sexo. [Internet]. [citado el 18 de julio de 2023]. Disponible en: <https://www.ine.es/DEFIne/es/concepto.htm?c=4877&op=30245&p=1&n=20>
50. Leche Puleva. (2023). Calcula tu fecha de parto. [Internet]. [citado el 18 de julio de 2023]. Disponible en: <https://www.lechepuleva.es/aprende-a-cuidarte/calculadoras-y-test/fecha-de-parto#:~:text=Una%20forma%20aproximada%20de%20calcular,d%C3%ADa%20de%20la%20%C3%BAltima%20regla.>
51. Instituto Nacional del Cáncer, (2023). Grupo étnico. [Internet]. [citado el 18 de julio de 2023]. Disponible en: <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionarios/diccionario-cancer/def/grupo-etnico>
52. Banco Mundial. (2023). Pueblos indígenas. [Internet]. [citado el 18 de julio de 2023]. Disponible en: <https://www.bancomundial.org/es/topic/indigenouspeoples>
53. Medlineplus. (2023). La prueba de APGAR. [Internet]. [citado el 18 de julio de 2023]. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/003402.htm#:~:text=La%20prueba%20de%20Apgar%20es,beb%C3%A9%20el%20proceso%20de%20nacimiento.>
54. Genotipia, (2022). Los grupos sanguíneos: ¿Qué son y cómo se heredan? [Internet]. [citado el 18 de julio de 2023]. Disponible en: <https://genotipia.com/grupos-sanguineos/>

55. Mayo Clinic. (2023). Análisis de sangre de factor RH. [Internet]. [citado el 18 de julio de 2023]. Disponible en: <https://www.mayoclinic.org/es/tests-procedures/rh-factor/about/pac-20394960>
56. Medlineplus. (2023). Peso del bebé al nacer. [Internet]. [citado el 18 de julio de 2023]. Disponible en: [https://medlineplus.gov/spanish/birthweight.html#:~:text=El%20peso%20al%20nacer%20es,13%20onzas%20\(4%20kg\)](https://medlineplus.gov/spanish/birthweight.html#:~:text=El%20peso%20al%20nacer%20es,13%20onzas%20(4%20kg)).
57. Martínez-Rubio, Ana. (2023). ¿Qué indican el peso, la talla y el perímetro craneal del bebé recién nacido? [Internet]. [citado el 18 de julio de 2023]. Disponible en: <https://www.elbebe.com/bebe-recien-nacido/peso-y-medidas-bebes-recien-nacidos>
58. De Colombia M de S y. PD. Glosario [Internet]. Gov.co. [citado el 18 de octubre de 2022]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/Glosario.aspx>
59. Colombia Potencial de la Vida. Aseguramiento al sistema general de salud. [Internet]. [citado el 18 de julio de 2023]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Regimensubsubsidado/Paginas/aseguramiento-al-sistema-general-salud.aspx>
60. Ministerio de Salud y Protección Social. (2016). Fuentes de financiación y usos de los recursos del sistema general de seguridad social. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social.
61. Ministerio de la Protección Social. (2009). Lineamientos técnicos para el registro de los datos del registro individual de la prestación de servicios de salud – RIPS. [Internet]. [citado el 18 de julio de 2023]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/Lineamientos/Lineamientos%20t%C3%A9cnicos%20RIPS.pdf>
62. Salud adolescentes y jóvenes [Internet]. Todas las Mujeres Todos los Niños. 2016 [citado el 18 de octubre de 2022]. Disponible en: [https://www.everywomaneverychild-lac.org/areas-de-trabajo/salud-adolescentes-jovenes/Salud adolescentes y jóvenes](https://www.everywomaneverychild-lac.org/areas-de-trabajo/salud-adolescentes-jovenes/Salud%20adolescentes%20y%20j%C3%B3venes)
63. Salud Mapfre. Definición de embarazo y sus fases. (15, marzo, 2023). Disponible en: <https://www.salud.mapfre.es/salud-familiar/mujer/embarazo/definicion/>
64. Ministerio de Salud y Protección Social. Ciclo de vida. (15, mar, 2023). Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Paginas/cicloVida.aspx>

65. Embarazo adolescente o precoz [Internet]. PLAN INTERNACIONAL. [citado el 18 de octubre de 2022]. Disponible en: <https://plan-international.es/girls-get-equal/embarazo-adolescente>
66. Limpías V, Artunduaga LÁ, Pulido DM, Unicef C, Vargas-Trujillo E, Ibarra MC. Embarazo subsecuente en la adolescencia Estudio exploratorio Tierralta, Córdoba -Colombia [Internet]. Unicef.org. [citado el 18 de octubre de 2022]. Disponible en: https://www.unicef.org/colombia/sites/unicef.org.colombia/files/2019-04/EMBARAZO SUBSECUENTE-EN-ADOLESCENCIA-FINAL-OCT_0.pdf
67. Edu.ar. [citado el 18 de octubre de 2022]. Disponible en: <http://biblioteca.clacso.edu.ar/ar/libros/cuba/cips/caudales05/Caudales/ARTICULOS/ArticulosPDF/07D050.pdf>
68. Doctoraki.com. [citado el 18 de octubre de 2022]. Disponible en: <https://www.doctoraki.com/blog/sexualidad/planificacion-familiar-definicion-y-metodos/#:~:text=La%20planificaci%C3%B3n%20familiar%20permite%20a,m%C3>
69. Doctoraki.com. [citado el 18 de octubre de 2022]. Disponible en: <https://www.doctoraki.com/blog/sexualidad/planificacion-familiar-definicion-y-metodos/#:~:text=La%20planificaci%C3%B3n%20familiar%20permite%20a,m%C3>
Planificación familiar. Semergen [Internet]. 2001 [citado el 18 de octubre de 2022];27(1):38–9. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/family-planning-contraception>
70. Ministerio de Salud y Protección Social. (2010). Boletín de Prensa No 225 de 2010. [Internet]. 2010 [citado el 23 de abril de 2022]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/ESEHospitalUniversitarioDepartamentaldeNari%C3%B1o,primeraenseracreditadaenelsuroccidentedelpa%C3%ADs.aspx>
71. Flores, M. (2004). Implicaciones de los paradigmas de investigación en la práctica educativa. *Revista Digital Universitaria*, 5(1), 2-9., 1-9.
72. Monje-Álvarez, C. (2011). Metodología de la investigación cuantitativa y cualitativa. Guía didáctica. Neiva, Colombia: Universidad Surcolombiana.
73. Gerstman, B. (2013). *Epidemiology Kept Simple: an introduction to traditional and modern epidemiology*. San José: Wiley.
74. Rothman, K. (2012). *Epidemiology: an introduction*. New York: Oxford university press.

75. Ministerio de Salud. Resolución 8430 de 1993. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RESOLUCION-8430-DE-1993.PDF>
76. Consultorio ético (2018). Consideraciones éticas para respetar los derechos de autor. Internet]. 2018 [citado el 18 de julio de 2023]. Disponible en: <https://fundaciongabo.org/es/consultorio-etico/consulta/1865>
77. Jaramillo-Mejía MC, Chernichovsky D. Early adolescent childbearing in Colombia: time-trends and consequences. Cad Saude Publica [Internet]. 2019;35(2):e00020918. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00020918>
78. Medigraphic.com. [citado el 12 de octubre de 2024]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revcubobsgin/cog-2020/cog204b.pdf>
79. Researchgate.net. [citado el 12 de octubre de 2024]. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/347963161_El_embarazo_adolescente_como_un_problema_de_salud_publica_en_Latinoamerica
80. Monteiro DLM, Martins JAFDS, Rodrigues NCP, Miranda FRD de, Lacerda IMS, Souza FM de, et al. Adolescent pregnancy trends in the last decade. Rev Assoc Med Bras [Internet]. 2019;65(9):1209–15. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/1806-9282.65.9.1209>
81. 6.1.3. Nacimientos, según nivel educativo de la madre [Internet]. Gov.co. [citado el 12 de octubre de 2024]. Disponible en: https://geoportal.dane.gov.co/servicios/atlas-estadistico/src/Tomo_II_Social/6.1.3.-nacimientos%2C-seg%C3%BA-nivel-educativo-de-la-madre.html
82. Unirioja.es. [citado el 12 de octubre de 2024]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=9556458>
83. Redalyc.org. [citado el 12 de octubre de 2024]. Disponible en: <https://www.redalyc.org/journal/447/44758536015/html/>
84. Edu.pe. [citado el 12 de octubre de 2024]. Disponible en: <https://repositorio.unjbg.edu.pe/server/api/core/bitstreams/63d1204f-a4f3-44f6-bf6e-f06216f25560/content>
85. Edu.pe. [citado el 12 de octubre de 2024]. Disponible en: <https://repositorio.unjfsc.edu.pe/bitstream/handle/20.500.14067/6353/LUNA%20RODRIGUEZ%20LUIS%20RUBIO%20COMPRESSED.pdf?sequence=1&isAllowed>

86. 207.135. [citado el 12 de octubre de 2024]. Disponible en: <http://161.132.207.135/bitstream/handle/20.500.12969/2741/Aguilar-Morocco-Samuel.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
87. Snyers D, Lefebvre C, Viellevoye R, Rigo V. Late preterm : high risk newborns despite appearances. Rev Med Liege. 2020;75(2):105–10.
88. Ramírez-Montoya D, Calvo-Betancur VD, Restrepo-Mesa SL. Efecto del comportamiento del peso materno en el peso del neonato. Arch Latinoam Nutr [Internet]. 2022;71(4):290–9. Disponible en: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2022/02/1355221/art6.pdf>
89. Proeditio.com. [citado el 12 de octubre de 2024]. Disponible en: <https://revistas.proeditio.com/jonnpr/article/view/2995>
90. Quevedo H, Gracia M. Valor diagnóstico de la curva de crecimiento intrauterino de Ticona para evaluar antropometría en el recién nacido a término. Universidad Privada Antenor Orrego; 2021.
91. Jesuino BG, Foratori-Junior GA, Missio ALT, Mascoli LS, Sales-Peres SH de C. Periodontal status of women with excessive gestational weight gain and the association with their newborns' health. Int Dent J [Internet]. 2020;70(5):396–404. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1111/idj.12580>
92. Scielo.cl. [citado el 12 de octubre de 2024]. Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-75262018000600559&script=sci_arttext
93. Gob.pe. [citado el 12 de octubre de 2024]. Disponible en: https://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/RUNH_662c8f1c66cebb5bf5054aac28a2e231
94. Gob.pe. [citado el 12 de octubre de 2024]. Disponible en: https://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/RUNH_8343d5b6ab23c72a0e7806f60ff9f964/Details
95. del Carmen Villavicencio Narváez L, Moscoso DRB, González EMV, Ortiz LFA. Factores relacionados con puntuación baja del test de Apgar, estudio de 5 años. Rev Cuba Med Mil [Internet]. 2023 [citado el 12 de octubre de 2024];52(3):02302961. Disponible en: <https://revmedmilitar.sld.cu/index.php/mil/article/view/2961/2057>
96. Gámez Orrantia JA, García Valdez TI, Rojas Villegas M del S, Gutiérrez Arzapalo PY, Peraza Garay F de J. Prevalencia de embarazo adolescente

subsecuente en un hospital de segundo nivel en Sinaloa [Internet]. Ebsco.com. 2022 [citado el 12 de octubre de 2024]. Disponible en: <https://openurl.ebsco.com/EPDB%3Agcd%3A14%3A15116862/detailv2?sid=ebsco%3Aplink%3Ascholar&id=ebsco%3Agcd%3A162051283&cr=c>

97. Borcosque IP, Borcosque GP, Hernández JR, Castillo JR, del Río Dowding M, Gálvez MP. Caracterización de embarazos en adolescentes atendidas en el Hospital Regional de Talca. Estudio retrospectivo (2017-2022) [Internet]. Revmedmaule.cl. [citado el 12 de octubre de 2024]. Disponible en: https://www.revmedmaule.cl/wp-content/uploads/2023/10/VOL38_N1_3_Caracterizacion-de-embarazos-en-adolescentes-atendidas-en-el-Hospital-Regional-de-Talca.-Estudio-retrospectivo-2017-2022.pdf

98. Pachnicki JPA, Marques AH. Critical analysis of multiparity in adolescent pregnancy / Análise crítica da multiparidade na gravidez adolescente. Braz J Dev [Internet]. 2022 [citado el 12 de octubre de 2024];8(3):17979–91. Disponible en: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BRJD/article/view/45112>

99. Edu.pe. [citado el 12 de octubre de 2024]. Disponible en: <https://repositorio.unheval.edu.pe/bitstream/handle/20.500.13080/6376/TMH00151A48.pdf?sequence=4&isAllowed=y>

100. Acosta PS, Madera MF. Factores que predisponen a embarazos subsecuentes en adolescentes que acuden al Hospital de la Mujer Dominicana diciembre, 2021-noviembre, 2022. Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña; 2022.

101. Bucknall A, Bick D. Repeat pregnancies in teenage mothers: An exploratory study. J Adv Nurs [Internet]. 2019;75(11):2923–33. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1111/jan.14140>

102. Boateng AA, Botchwey CO-A, Adatorvor BA, Baidoo MA, Boakye DS, Boateng R. A phenomenological study on recurrent teenage pregnancies in effutu municipality- Ghana.the experiences of teenage mothers. BMC Public Health [Internet]. 2023;23(1). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1186/s12889-023-15074-3>

103. Monteiro DLM, Monteiro IP, Machado MSC, Bruno ZV, Silveira FA da, Rehme MFB, et al. Trends in teenage pregnancy in Brazil in the last 20 years (2000-2019). Rev Assoc Med Bras [Internet]. 2021 [citado el 12 de octubre de 2024];67(5):759–65. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/ramb/a/M85fFkGNHvbdjsWTP5XPCkp/?lang=en>

104. Sld.cu. [citado el 12 de octubre de 2024]. Disponible en: <https://revdosdic.sld.cu/index.php/revdosdic/article/view/325https://repositorio.unfv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.13084/4308/RODRIGUEZ%20REIS%20JANNET%20%20JESSE%20%20-%20TITULO%20PROFESIONAL.pdf?sequence=4>

105. “factores Asociados A LA Anemia EN Gestantes Adolescentes EN ECMILRD, 2019” Comas – L. FACULTAD DE MEDICINA HUMANA “HIPOLITO UNANUE” [Internet]. Edu.pe. [citado el 14 de octubre de 2024]. Disponible en: <https://repositorio.unfv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.13084/4308/RODRIGUEZ%20REIS%20JANNET%20%20JESSE%20%20-%20TITULO%20PROFESIONAL.pdf?sequence=4>

106. Neyra V, Lisbeth W. Periodo intergenésico corto y el estado nutricional en niños entre 6 meses a 2 años en un Hospital de Piura. Universidad Privada Antenor Orrego; 2022.

107. Medigraphic.com. [citado el 12 de octubre de 2024]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=85061>

13. ANEXOS

ANEXO 1. Artículo científico

Factores de riesgo asociados al embarazo precoz y subsecuente en pacientes atendidas en el Hospital Universitario Departamental de Nariño durante el periodo 2019-2023.

Risk factors associated with early and subsequent pregnancy in patients attended at the Hospital Universitario Departamental de Nariño during the period 2019-2023.

Mojhana Arteaga Paula Melissa
Obando Burbano Maria Fernanda
Polo Zarama María José
Yela Castro Kelly Johana

Fundación Universitaria San Martín, Facultad de Ciencias de la Salud – Programa de Medicina – Sede Pasto.

Resumen

El embarazo precoz o adolescente, es una problemática de salud pública, por el riesgo de morbilidad para las mujeres, situación que no es ajena al departamento de Nariño, por ello, es importante realizar investigaciones, en procura de acciones preventivas en salud familiar y comunitaria.

La siguiente investigación es de tipo observacional descriptivo de corte transversal y retrospectivo, enfocada en la prevalencia de embarazos adolescentes y subsecuentes en mujeres de 12 a 21 años, entre los años 2019 a 2023. Se utilizó un enfoque cuantitativo, basado en la revisión de historias clínicas del Hospital Universitario Departamental de Nariño y de fuentes de datos secundarias del RUA. El estudio adoptó el paradigma positivista, empleando métodos de observación, medición y registro de datos, con instrumentos estandarizados. Se recolectaron y analizaron datos cuantificables describiendo características y perfiles, implementando estrategias para controlar sesgos con énfasis en la incidencia y factores de riesgo, asegurando la fiabilidad de los datos recopilados.

En cuanto a los resultados, dando respuesta al primer objetivo que buscaba identificar las características sociodemográficas de las mujeres con embarazo precoz, se evidenció que la mayoría de mujeres se encontraban en las edades de 18 y 19 años, con porcentajes de 22.3% y 25.6% respectivamente; la edad mínima fue 12 años y la edad máxima 21 años; por otra parte, se encontró que la mayoría de las mujeres (1240) no pertenecían a ningún grupo étnico, pertenecían al régimen

subsidiado, habían realizado hasta básica secundaria, técnica/tecnología, se encontraban en algún tipo de relación y eran colombianas.

El segundo objetivo se centraba en los factores clínicos del recién nacido, donde se encontró que 50,52% nacieron hombres y 49,8% mujeres; la mayoría nacieron a término (1128), con una talla promedio de 47,52 cm, un Apgar1 relativamente normal en el 83,9% de los mismos. Por otra parte, el objetivo 3 buscaba identificar las condiciones gestacionales del embarazo precoz y subsecuente, se evidenció que, el 16,66% de mujeres con embarazo precoz, presentaron además uno subsecuente, el periodo intergenésico de las mujeres con embarazos subsecuentes mantiene una media de 2,5 años, con un máximo de 7,9 años y un mínimo inferior a un año; el 67,9% de estas mujeres tuvieron un parto por cesárea y 775 pacientes presentaron complicaciones durante la gestación.

Por último, para el objetivo 4, al establecer la relación entre el embarazo precoz, según la edad y las variables independientes, se evidencia que el alto riesgo, la presencia de complicaciones, y los controles prenatales mantienen una relación estadísticamente significativa, con un valor de p inferior a 0,05; y, en cuanto al embarazo subsecuente, se hace evidente que el país de procedencia, la pertenencia étnica, la multiplicidad del embarazo, las complicaciones, la clasificación del control prenatal, y el tiempo de gestación, mantienen una relación estadísticamente significativa con la

ausencia de un embarazo subsecuente, con valores de p inferiores a 0,05.

PALABRAS CLAVE: precoz, problemática, subsecuente, embarazo adolescente, recién nacido, factores de riesgo.

ABSTRACT

Early or teenage pregnancy is a public health problem, due to the risk of morbimortality for women, a situation that is not alien to the department of Nariño, therefore, it is important to conduct research, in search of preventive actions in family and community health.

The following research is of a descriptive observational type, cross-sectional and retrospective, focused on the prevalence of teenage and subsequent pregnancies in women aged 12 to 21 years, between the years 2019 to 2023. A quantitative approach was used, based on the review of medical records from the Hospital Universitario Departamental de Nariño and secondary data sources from the RUA. The study adopted the positivist paradigm, employing methods of observation, measurement and data recording, with standardized instruments. Quantifiable data were collected and analyzed describing characteristics and profiles, implementing strategies to control biases with emphasis on incidence and risk factors, ensuring the reliability of the data collected.

As for the results, in response to the first objective that sought to identify the sociodemographic characteristics of women with early pregnancy, it was found that most women were aged 18

and 19 years, with percentages of 22.3% and 25. On the other hand, it was found that most of the women (1240) did not belong to any ethnic group, belonged to the subsidized regime, had completed secondary school, technical/technological training, were in some type of relationship and were Colombian.

The second objective focused on the clinical factors of the newborn, where it was found that 50.52% were born male and 49.8% female; most were born at term (1128), with an average length of 47.52 cm, a relatively normal Apgar1 in 83.9% of them. On the other hand, objective 3 sought to identify the gestational conditions of early and subsequent pregnancies; it was found that 16.66% of women with early pregnancies also had a subsequent pregnancy; the inter-gestational period of women with subsequent pregnancies averaged 2.5 years, with a maximum of 7.9 years and a minimum of less than one year; 67.9% of these women had a cesarean delivery and 775 patients had complications during gestation.

Finally, for objective 4, when establishing the relationship between early pregnancy, according to age and the independent variables, it is evident that high risk, the presence of complications, and prenatal controls maintain a statistically significant relationship, with a p-value of less than 0.05; And, as for subsequent pregnancy, it is evident that the country of origin, ethnicity, multiplicity of pregnancy, complications, classification of prenatal control, and gestation time, maintain a statistically significant relationship with the absence

of a subsequent pregnancy, with p-values lower than 0.05.

Keywords: early, problematic, subsequent, teenage pregnancy, newborn, risk factors.

Introducción

El embarazo precoz y subsecuente es una problemática compleja de salud pública que impacta el desarrollo integral de las adolescentes y su entorno. Ocurre cuando un embarazo se presenta en menores de 19 años y es seguido de otro en un corto período de tiempo dificultando su recuperación física y emocional. Esta situación pone en riesgo su bienestar físico, psicológico y social, convirtiéndose en un desafío para las adolescentes, sus familias y la sociedad.

Además de vulnerar sus derechos sexuales y reproductivos, el embarazo precoz perpetúa ciclos de pobreza, afecta su acceso a la educación y empleo, y repercute en la salud y desarrollo de sus hijos.

Este trabajo busca analizar las causas y consecuencias del embarazo precoz y subsecuente, proponiendo estrategias basadas en derechos humanos para su prevención. Mediante la promoción de la educación sexual integral, políticas públicas inclusivas y el fortalecimiento del apoyo social y sanitario, se pretende empoderar a las adolescentes, garantizando su autonomía y bienestar integral.

➤ **MATERIALES Y MÉTODOS/METODOLOGÍA**

.1 **DISEÑO DE ESTUDIO**

- El estudio se realizó bajo un paradigma positivista, con un enfoque cuantitativo y un diseño de estudio observacional descriptivo y un corte transversal y retrospectivo, además tuvo un carácter analítico para dar respuesta al objetivo número 4, por cuanto este estudio estableció la prevalencia del embarazo precoz y subsecuente en adolescentes de 12 a 21 años de edad del 2019 al 2023.

.2 **POBLACIÓN**

La población a estudiar fueron las 1.519 adolescentes embarazadas de 12 a 21 años de edad registrados en el Hospital Universitario Departamental de Nariño en el periodo de 2019 al 2023, dado este tamaño, el muestreo fue a conveniencia.

.3 **CRITERIOS DE SELECCIÓN**

• **Criterios de inclusión**

- Mujeres en estado de gestación y/o mujeres gestantes.
- Todas las mujeres de 12 a 21 años de edad en estado de gestación que fueron atendidas en el Hospital Universitario Departamental de Nariño durante los años 2019, 2020, 2021, 2022 y 2023.
- Todas las mujeres de 12 a 21 años de edad en estado de gestación y se clasifique como embarazo subsecuente.

• **Criterios de exclusión**

Mujeres en embarazo entre los 19 a 21 años que fueron remitidas a otra institución antes del parto.

.2 **SESGOS**

Sesgo de mala interpretación de datos. Se evita asegurándose que los resultados de la muestra tengan el tamaño suficiente, lo cual se evidencia debido a la revisión de las historias clínicas de las mujeres de 12 a 21 años que presentan embarazos precoces y subsecuentes en un periodo amplio de 4 años, del 2019 al 2023.

Sesgo de información o medición. Se relaciona con los datos, se puede controlar por la escritura y codificación adecuada, asimismo con el adecuado diligenciamiento, sin dejar celdas vacías.

Sesgo durante la planificación del estudio. Estos se pueden evitar realizando un buen planteamiento durante investigación, teniendo en cuenta la realización de los objetivos específicos propuestos.

.3 **INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN DE DATOS**

El instrumento de recolección fue la información de la base RUAF_ND, y se fundamenta con la información de la historia clínica de la gestante y el nacido vivo.

.4 **VARIABLES**

- **Objetivo 1:** Identificar las características sociodemográficas de las mujeres con embarazo precoz
- **Objetivo 2:** Describir los factores clínicos del recién nacido producto en la población objeto de estudio
- **Objetivo 3:** Identificar las condiciones gestacionales del embarazo precoz y subsecuente

- **Objetivo 4:** Determinar la relación entre embarazo precoz y el embarazo subsecuente según las características sociodemográficas y gestacionales de las mujeres y los factores clínicos del recién nacido.

PROCEDIMIENTO. La investigación se llevó a cabo una vez recibido el aval por parte de la Fundación Universitaria San Martín. Se procedió a solicitar los datos de la base del RUAF de las gestantes que han sido atendidas en el Hospital Universitaria Departamental de Nariño; dicha información se recolectó por cuatro estudiantes de la Facultad de Medicina de la Fundación Universitaria San Martín de la ciudad de Pasto, con el fin de analizar los datos depositados en las historias clínicas sobre el tema de maternidad en la base de datos del Hospital Universitario Departamental de Nariño, ubicado en la Calle 22 No. 7-93, en la ciudad de Pasto.

Una vez se obtuvo la información que se solicitó; se prosiguió a aplicar criterios de calidad, eliminando a mujeres que no tenían datos completos o presentaban incoherencias; posteriormente, se inició la revisión de las historias clínicas, con las cuales se complementaron variables y datos correspondientes, con el fin de realizar una depuración y pasar al paquete estadístico. Finalmente, se procedió a la confección de gráficos que permitieron interpretar, explicar y demostrar los datos que se obtuvo en el Hospital Universitario Departamental de Nariño

.5 PLAN DE ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Posterior a la depuración de la base de datos, el procesamiento de la información se realizó a través del software estadístico IBM spss versión libre, donde se volvió a revisar la completitud de los datos y se recategorizó algunas variables politómicas en dicotómicas principalmente para el modelo bivariado; en términos generales, los resultados para los objetivos 1, 2 y 3 se obtuvieron a partir de la estadística descriptiva aplicando un modelo univariado, en las variables cuantitativas como por ejemplo la edad, tiempo gestacional, etc... se calculó medidas de tendencia central y medidas de dispersión, y se describieron según el cálculo de Normalidad (Smirnov) apoyados por gráficas de cajas y bigotes e histogramas. Todas las variables cualitativas se representaron en tablas de distribución de frecuencia, principalmente agrupadas en tablas resumen, en variables como condiciones gestacionales se describieron a través de gráfica de barras. Se resalta que algunas variables cuantitativas se recodificaron y se representaron en tablas de frecuencias.

Frente al modelo bivariado, se tomó las dos variables dependientes descritas anteriormente, embarazo precoz según el ciclo de vida y presencia de embarazo subsecuente, y se calculó el valor de P con cada una de las variables independientes. a través de Chi² de Pearson, estos se apoyaron con la construcción de tablas de contingencia.

➤ RESULTADOS Y DISCUSIÓN

El embarazo adolescente es una problemática persistente en América Latina, incluyendo Colombia. En esta investigación, se encontró que, el 25.6% de las gestantes tienen 19 años, lo cual, el estudio titulado “Impacto del embarazo en la adolescencia en un grupo básico de trabajo en la atención primaria de salud”, analiza la distribución de adolescentes embarazadas por grupo de edad el 84% de los casos se encuentran entre los 17 y 19 años; sin embargo, al comparar el contexto colombiano con otros países de la región como Brasil, según el estudio “tendencias del embarazo en la última década 2020” la tasa de fecundidad en adolescentes de 15 a 19 años disminuyó de 70.9 a 61.8 por cada 1.000. Por otra parte, se obtuvo que, el 76.6% de las mujeres con embarazo precoz tienen un nivel educativo que alcanza hasta la secundaria, técnica o tecnología, sin embargo no logran alcanzar un nivel educativo superior, este hallazgo se asocia a un estudio realizado por el DANE el cual reporta que, en Colombia el 79.2% de las adolescentes sin hijos alcanza un nivel secundario o más, mientras que solo el 63,5% de las adolescentes con hijos alcanza este nivel educativo

En cuanto a los recién nacidos de madres adolescentes, la mayoría son nacimientos a término (74,3%), con peso gestacional adecuado en más del 90%, lo que resalta aspectos positivos en su salud inicial. La literatura “características perinatales de los recién nacidos en madres adolescentes del hospital Hipólito” revela que, el 91.6% de los

neonatos de la población estudiada son nacidos a término representando la mayoría de los casos; sin embargo, en contraste a lo anterior, “Prematuros tardíos: 2020”, no solo aborda los nacimientos a término, sino que, también las posibles complicaciones asociadas, concluyendo que el riesgo de morbilidad persiste aunque la mayoría de los recién nacidos sea a término. Además, el 83.9% de los neonatos evaluados mostró una puntuación APGAR normal, destacando la calidad del manejo perinatal. Un estudio realizado en el hospital de Félix Mayorca destaca que solo el 0,6% de recién nacidos presentó un puntaje Apgar < 7, no obstante, la investigación titulada “cifras estadísticas y factores clínicos y demográficos de madres asociadas a un Apgar < de 7 en los RN”, resalta que la disminución de la edad materna es un gran factor de riesgo para obtener puntuaciones bajas en el Apgar.

Adicionalmente, se encontró que, el 83% de las mujeres estudiadas no presentan antecedentes de embarazo previo. Estudios previos han analizado el embarazo en adolescentes, evidenciando patrones similares. En la región metropolitana de Puritana, el estudio “Análisis crítico de la multiparidad en el embarazo adolescente” reportó que el 71% de las adolescentes eran primigestantes. Por otro lado, el estudio “Número de gestaciones, control prenatal y estado nutricional asociados a complicaciones materno perinatales en gestantes adolescentes” encontró una distribución más equilibrada, con un 51.4% de primigestantes y un 48.6% de múltiparas en embarazos precoces. Otro resultado de esta investigación indicó que el 16.6% de las pacientes con

embarazo precoz también presentaron un embarazo subsecuente. Un panorama más amplio muestra diferencias regionales en embarazos adolescentes. En Inglaterra, el estudio “Embarazos repetidos en madres adolescentes: un estudio exploratorio” señala que, aunque los embarazos adolescentes han disminuido en las últimas dos décadas, el 25% corresponde a embarazos recurrentes. En contraste, un estudio en Brasil reporta una disminución tanto en nacidos vivos como en la tasa de embarazos recurrentes en madres adolescentes. Finalmente, esta investigación cuenta con un descubrimiento significativo en el cual se observó que el intervalo intergenésico promedio fue de 2.5 años. El estudio “Factores asociados a la anemia en gestantes adolescentes en el centro materno infantil Laura Rodríguez Dulanto” señala que el periodo intergenésico es menor a 2 años, respaldando hallazgos previos sobre intervalos cortos. Sin embargo, el estudio “Características y riesgo obstétrico de pacientes con preeclampsia y eclampsia” muestra que el 65% de las pacientes con embarazos subsecuentes tuvieron un intervalo promedio de 6.4 a 7.36 años, destacando la diversidad en patrones según el contexto y la población estudiada.

➤ **CONCLUSIONES**

- En relación con la edad de las mujeres que experimentaron un embarazo precoz, se observa que el 25.6% de la población estudiada corresponde a las gestantes de 19 años, que representan el grupo de edad más

numeroso dentro de la muestra analizada. Constituyendo un fenómeno significativo en el embarazo temporal.

- Respecto a los hallazgos sociodemográficos, se registra que el 81.6% de la población estudiada no se identifica como perteneciente a ningún grupo étnico específico. Este resultado indica una homogeneidad en la composición étnica de la muestra.

- Destacando el nivel de escolaridad de las mujeres gestantes, se verifica que el 76.6% de ellas cuenta con un nivel educativo que abarca desde la educación secundaria hasta la formación técnica o tecnológica. Que puede conllevar a tener implicaciones importantes en términos de acceso a información y recursos relacionados con el embarazo.

- Considerando los factores clínicos del recién nacido, se encuentra que en el 74.3% de la población investigada, la edad gestacional se clasifica como a término. Esto quiere decir que la mayoría de los recién nacidos completaron un desarrollo gestacional adecuado.

- Referente a la población estudiada, y considerando los factores clínicos del recién nacido, se calcula que un alto porcentaje, el 91.4%, presenta un peso gestacional normal al momento del nacimiento. Esto sugiere que la mayoría de los bebés cuentan con un desarrollo intrauterino adecuado en términos de peso.

- El 83.9% de los recién nacidos de la población estudiada logra ser categorizado con un puntaje APGAR al minuto uno dentro de los parámetros normales. Esto es un indicador favorable pues la mayoría de los recién nacidos muestran signos vitales favorables en la evaluación inicial.

- De acuerdo a las condiciones gestacionales del embarazo precoz y subsecuente se evidencia que la mayoría de las pacientes no presentan antecedentes de embarazo previo (83%); pero aun así se identifica un pequeño porcentaje con dos gestaciones anteriores en un (16%) de la población estudiada
- Del total de la población investigada, el 16.6% de las pacientes experimentan un embarazo precoz y, además, presentaron un embarazo subsecuente bajo condiciones similares. Esto revela que una parte representativa de las mujeres que tuvieron un embarazo temprano enfrentan también un segundo embarazo en circunstancias gestacionales comparables
- Se recopilan datos sobre el intervalo intergenésico, que revelan un promedio de 2.5 años entre un embarazo y otro en la población investigada. Siendo un factor relevante respecto a los patrones de planificación familiar. y salud reproductiva.

REFERENCIAS

1. Jaramillo-Mejía MC, Chernichovsky D. Early adolescent childbearing in Colombia: time-trends and consequences. *Cad Saude Publica* [Internet]. 2019;35(2):e00020918. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00020918>
2. Medigraphic.com. [citado el 12 de octubre de 2024]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revcubo/bsgin/cog-2020/cog204b.pdf>
3. Researchgate.net. [citado el 12 de octubre de 2024]. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/347963161_El_embarazo_adolescente_como_un_problema_de_salud_publica_en_Latinoamerica
4. Monteiro DLM, Martins JAFDS, Rodrigues NCP, Miranda FRD de, Lacerda IMS, Souza FM de, et al. Adolescent pregnancy trends in the last decade. *Rev Assoc Med Bras* [Internet]. 2019;65(9):1209–15. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/1806-9282.65.9.1209>
5. 6.1.3. Nacimientos, según nivel educativo de la madre [Internet]. Gov.co. [citado el 12 de octubre de 2024]. Disponible en: https://geoportal.dane.gov.co/servicios/atlas-estadistico/src/Tomo_II_Social/6.1.3.-nacimientos%2C-seg%C3%BA-nivel-educativo-de-la-madre.html
6. Unirioja.es. [citado el 12 de octubre de 2024]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=9556458>
7. Redalyc.org. [citado el 12 de octubre de 2024]. Disponible en: <https://www.redalyc.org/journal/447/44758536015/html/>
8. Edu.pe. [citado el 12 de octubre de 2024]. Disponible en: <https://www.edupedia.pe/>

- 2024]. Disponible en: <https://repositorio.unjbg.edu.pe/server/api/core/bitstreams/63d1204f-a4f3-44f6-bf06216f25560/content>
9. Edu.pe. [citado el 12 de octubre de 2024]. Disponible en: https://repositorio.unjfsc.edu.pe/bitstream/handle/20.500.14067/6353/LUNA%20RODR%c3%8dGUEZ%20LUIS%20RUB%c3%89N_compressed.pdf?sequence=1&isAllowed
10. 207.135. [citado el 12 de octubre de 2024]. Disponible en: <http://161.132.207.135/bitstream/handle/20.500.12969/2741/Aguilar-Morocco-Samuel.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
11. Snyers D, Lefebvre C, Viellevoye R, Rigo V. Late preterm: high risk newborns despite appearances. *Rev Med Liege*. 2020;75(2):105–10.
12. Ramírez-Montoya D, Calvo-Betancur VD, Restrepo-Mesa SL. Efecto del comportamiento del peso materno en el peso del neonato. *Arch Latinoam Nutr* [Internet]. 2022;71(4):290–9. Disponible en: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2022/02/1355221/art6.pdf>
13. Proeditio.com. [citado el 12 de octubre de 2024]. Disponible en: <https://revistas.proeditio.com/jonnpr/article/view/2995>
14. Quevedo H, Gracia M. Valor diagnóstico de la curva de crecimiento intrauterino de Ticona para evaluar antropometría en el recién nacido a término. Universidad Privada Antenor Orrego; 2021.
15. Jesuino BG, Foratori-Junior GA, Missio ALT, Mascoli LS, Sales-Peres SH de C. Periodontal status of women with excessive gestational weight gain and the association with their newborns' health. *Int Dent J* [Internet]. 2020;70(5):396–404. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1111/idj.12580>
16. Scielo.cl. [citado el 12 de octubre de 2024]. Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-75262018000600559&script=sci_arttext
17. Gob.pe. [citado el 12 de octubre de 2024]. Disponible en: https://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/RUNH_662c8f1c66cebb5bf5054aac28a2e231
18. Gob.pe. [citado el 12 de octubre de 2024]. Disponible en: https://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/RUNH_8343d5b6ab23c72a0e7806f60ff9f964/Details
18. del Carmen Villavicencio Narváez L, Moscoso DRB, González EMV, Ortiz LFA. Factores relacionados con puntuación baja del test de Apgar, estudio de 5 años. *Rev Cuba Med Mil* [Internet]. 2023 [citado el 12 de octubre de 2024];52(3):02302961. Disponible en: <https://revmedmilitar.sld.cu/index.php/mil/article/view/2961/2057>
19. Gámez Orrantía JA, García Valdez TI, Rojas Villegas M del S, Gutiérrez Arzapalo PY, Peraza Garay F de J. Prevalencia de embarazo adolescente subsecuente en un hospital de segundo nivel en Sinaloa [Internet]. *Ebsco.com*. 2022 [citado el 12 de octubre de 2024]. Disponible en: <https://openurl.ebsco.com/EPDB%3Agcd%3A14%3A15116862/detailv2?sid=ebsco%3Aplink%3Ascholar&id=ebsco%3Agcd%3A162051283&crl=c>
20. Borcosque IP, Borcosque GP, Hernández JR, Castillo JR, del Río Dowding M, Gálvez MP. Caracterización de embarazos en adolescentes atendidas en el Hospital Regional de Talca. Estudio retrospectivo (2017-2022) [Internet]. *Revmedmaule.cl*. [citado el 12 de octubre de 2024]. Disponible en: https://www.revmedmaule.cl/wp-content/uploads/2023/10/VOL38_N1_3_Caracterizacion-de-embarazos-en-

adolescentes-atendidas-en-el-Hospital-Regional-de-Talca.-Estudio-retrospectivo-2017-2022.pdf

21. Pachnicki JPA, Marques AH. Critical analysis of multiparity in adolescent pregnancy / Análise crítica da multiparidade na gravidez adolescente. Braz J Dev [Internet]. 2022 [citado el 12 de octubre de 2024];8(3):17979–91. Disponible en: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BRJD/article/view/45112>

22. Edu.pe. [citado el 12 de octubre de 2024]. Disponible en: <https://repositorio.unheval.edu.pe/bitstream/handle/20.500.13080/6376/TMH00151A48.pdf?sequence=4&isAllowed=y>

23. Acosta PS, Madera MF. Factores que predisponen a embarazos subsecuentes en adolescentes que acuden al Hospital de la Mujer Dominicana diciembre, 2021- noviembre, 2022. Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña; 2022.

24. Bucknall A, Bick D. Repeat pregnancies in teenage mothers: An exploratory study. J Adv Nurs [Internet]. 2019;75(11):2923–33. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1111/jan.14140>

25. Boateng AA, Botchwey CO-A, Adatorvor BA, Baidoo MA, Boakye DS, Boateng R. A phenomenological study on recurrent teenage pregnancies in effutu municipality- Ghana.the experiences of teenage mothers. BMC Public Health [Internet]. 2023;23(1). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1186/s12889-023-15074-3>

26. Monteiro DLM, Monteiro IP, Machado

MSC, Bruno ZV, Silveira FA da, Rehme MFB, et al. Trends in teenage pregnancy in Brazil in the last 20 years (2000-2019). Rev Assoc Med Bras [Internet]. 2021 [citado el 12 de octubre de 2024];67(5):759–65. Disponible en:

<https://www.scielo.br/j/ramb/a/M85fFkGNHvbdjsWTP5XPCkp/?lang=en>

27. Sld.cu. [citado el 12 de octubre de 2024]. Disponible en:

<https://revdosdic.sld.cu/index.php/revdosdic/article/view/325https://repositorio.unfv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.13084/4308/R>

[ODRIGUEZ%20REIS%20JANNET%20%20JESSE%20%20-%20TITULO%20PROFESIONAL.pdf?sequence=4](https://repositorio.unfv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.13084/4308/R-ODRIGUEZ%20REIS%20JANNET%20%20JESSE%20%20-%20TITULO%20PROFESIONAL.pdf?sequence=4)

28. “factores Asociados A L A Anemia E N Gestantes Adolescentes E N ECMILRD, 2019” Comas – L. FACULTAD DE MEDICINA HUMANA “HIPOLITO UNANUE” [Internet]. Edu.pe. [citado el 14 de octubre de 2024]. Disponible en:

<https://repositorio.unfv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.13084/4308/RODRIGUEZ%20REIS%20JANNET%20%20JESSE%20%20-%20TITULO%20PROFESIONAL.pdf?sequence=4>

29. Neyra V, Lisbeth W. Periodo intergenésico corto y el estado nutricional en niños entre 6 meses a 2 años en un Hospital de Piura. Universidad Privada Antenor Orrego; 2022.

30. Medigraphic.com. [citado el 12 de octubre de 2024]. Disponible en:

30. Medigraphic.com. [citado el 12 de octubre de 2024]. Disponible en:

