

ATENCIÓN PRENATAL EN ADOLESCENTES DE PERÚ

Alumna:

MELVA MENESES PALOMINO

MAESTRÍA EN CIENCIAS DE LA SALUD

ÁREA DE CONCENTRACIÓN EN SALUD REPRODUCTIVA

Generación 2010-2012

COMITÉ DE TESIS

Directora: M. en D. Leticia Suárez

Asesoras: M en C. Erika E. Atienzo, Dra. Lourdes Campero

Cuernavaca, julio de 2012

RESUMEN

Objetivo: Describir las prácticas médicas reportadas por adolescentes que han tenido al menos un hijo y que acudieron por atención prenatal en Perú e identificar si el control prenatal (CPN) fue adecuado o no, de acuerdo con lo establecido en la Resolución Ministerial N° 668-2004 Guías Nacionales de Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva (RMN°668-2004) de Perú.

Métodos: Se realizó un análisis transversal utilizando datos recolectados por la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) continua 2004-2008 en Perú. La muestra corresponde a 1004 adolescentes de 15 a 19 años con al menos un hijo nacido vivo. El análisis incluye la construcción de un índice para identificar si el CPN fue adecuado o no de acuerdo a lo propuesto por el Ministerio de Salud y un modelo de regresión logística para identificar la asociación entre las características sociodemográficas con un CPN adecuado.

Resultados: Del total de adolescentes, 4.6% reporta no haber acudido por atención prenatal durante su embarazo. Entre las que sí acudieron, el 57.4% inició la atención en el primer trimestre de su embarazo y 69.9% recibió 6 ó más controles prenatales. Sólo el 32.7% tuvo un CPN adecuado. Los factores asociados al CPN inadecuado fueron: residir en la sierra (RM=0.57), ser mujer pobre (RM=1.95 y 3.42) y tener sólo un hijo (RM=2.68).

Conclusiones: Un embarazo durante la adolescencia representa diversos riesgos biológicos y sociales para una mujer. No obstante, estos riesgos se incrementan cuando existen factores que convergen negativamente limitando sus posibilidades de acceder a un control prenatal adecuado. Diversas estrategias deben ser planteadas para favorecer que el control prenatal que se ofrece a las adolescentes alcance el adecuado nivel en términos de contenido y calidad.

Palabras clave: Atención prenatal, control prenatal, embarazo adolescente, Salud Reproductiva en adolescentes, Perú.

INTRODUCCIÓN

Un evento de suma relevancia en la salud de los adolescentes es la maternidad temprana. En general, en América Latina y el Caribe (ALyC), el embarazo adolescente es un grave problema de salud pública. Se sabe que para las adolescentes, un embarazo involucra mayores riesgos de salud reproductiva en comparación con el riesgo que implica para mujeres mayores. (1) En AL, se estima que las adolescentes que dan a luz antes de los 16 años tienen entre tres y cuatro veces más probabilidades de morir por causas relacionadas con la maternidad en comparación con las mayores de 20 años. (2)

De acuerdo con el informe del Observatorio de Igualdad de Género de ALyC del 2011, por cada 1,000 jóvenes de 15 a 19 años de edad, entre 25 y 108 son madres, con un promedio regional de 66.4. (3)

Particularmente para el caso de Perú, en 2006 el 12.7% de las adolescentes de 15 a 19 años había estado alguna vez embarazada (4) y en este país al igual que en la región, el embarazo adolescente representa una carga importante para el riesgo de muerte materna (MM) y perinatal. (4) La MM en adolescentes representa entre 12% y 16% del total de las muertes maternas, siendo mayor entre las edades de 10 a 14 años. (4) (5) La razón de MM en adolescentes de 15 a 19 años fue 22.2 muertes por cada 100,000 embarazos en el 2000; y si bien no hay información sobre la razón de MM en el grupo de 12 a 14 años, se sugiere que puede ser elevada debido a los riesgos que reviste el embarazo para este grupo de edad. (6)

El elevado riesgo de mortalidad en las adolescentes embarazadas se debe en parte a su condición biológica; en ellas se presentan con mayor frecuencia

hipertensión, (7) (8) eclampsia, partos pretérmino, (9) ruptura prematura de membranas, bajo peso al nacer, complicaciones posparto e infecciones de herida quirúrgica. (7) (10) (11) Los riesgos biológicos asociados a la maternidad temprana convergen y a la vez incrementan otro tipo de factores psicosociales.

Actualmente se sabe que en AL la mayoría de las madres adolescentes son pobres y con poco nivel educativo, además de ser solteras y sin pareja (12) y que los resultados perinatales desfavorables son mayores en el grupo del estrato socioeconómico bajo y en aquellas con control prenatal (CPN) inadecuado. (13)

Diversos estudios han mostrado que la atención prenatal de calidad es un elemento fundamental para identificar oportunamente ciertas carencias y condiciones de riesgo en el parto. Si se logra la atención prenatal, más fácilmente se puede garantizar la salud de la madre y su hijo. (14) Iniciar el CPN en el primer trimestre del embarazo es fundamental para una buena vigilancia materna y perinatal. (15) No obstante, a pesar de los ya conocidos riesgos que un embarazo implica para una madre adolescente, estas en comparación con mujeres de mayor edad, acuden en menor proporción a CPN desde el primer trimestre, lo cual reduce en forma significativa la posibilidad de un desenlace perinatal saludable. (11) En ALyC se sabe que las mujeres menores de 19 años inician tardíamente sus consultas y acuden a un menor número de visitas prenatales. (16)

La atención prenatal ofrece la oportunidad de mejorar la salud de las mujeres y por tanto de reducir riesgos importantes tanto para la mujer como para el bebé. Las acciones de una atención prenatal reenfocada con calidad incluyen la prevención (consejerías, detección de VIH, vacunación antitetánica, consumo de hierro), exámenes de sangre y orina para detectar enfermedades y prevenir

complicaciones, uso de tecnología para la vigilancia de la salud fetal, entre otras específicas de acuerdo al riesgo de las mujeres. Tales prácticas se recomiendan realizarlas en todas las gestantes de acuerdo a la RMN°668-2004, (14) así como por la OMS. (18)

Aún cuando la literatura sobre los riesgos biológicos y sociales que implica la maternidad temprana en la vida de las adolescentes es amplia, la información en relación a la atención prenatal que éstas reciben y en particular la calidad de dicha atención, es escasa, tanto en la región de ALyC en general como de manera específica para Perú.

Así, con base en los registros reportados en una serie de encuestas demográficas y familiares en el Perú, el objetivo de este estudio es describir las prácticas médicas reportadas por las adolescentes que tuvieron un hijo cinco años previos a las encuestas y que acudieron por atención prenatal; e identificar, de acuerdo con lo establecido en la Resolución Ministerial N° 668-2004 Guías Nacionales de Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva (RMN°668-2004) qué acciones de la atención prenatal se cumplen. (14) Asimismo, se busca explorar las características sociodemográficas de las adolescentes y cuáles se asocian a un CPN adecuado o inadecuado.

Material y Métodos

Este es un estudio transversal con datos provenientes de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) (17) de Perú del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). Se utiliza información recolectada por la ENDES en 5 diferentes años.

Para este análisis se utiliza información de una sub-muestra de la población encuestada en la ENDES, correspondiente al grupo de mujeres de entre 15 y 19 años que cinco años previos a la encuesta tuvieron uno o más hijos nacidos vivos. Debido al reducido tamaño de la población con estas características que forman parte de la ENDES, para este estudio se decidió analizar la información disponible de las ENDES de 2004 a 2008. En total, la población con estas características en las 5 encuestas fue de 1,004 adolescentes.

Procedimiento y recolección de datos

La ENDES Perú se inició en 1986, ejecutándose 4 encuestas con una periodicidad quinquenal hasta el año 2000, y posteriormente, se implementó la ENDES Continua. A partir de la muestra de la ENDES 2000, el total de conglomerados se distribuyeron de forma aleatoria en cinco sub-muestras con el objetivo de levantarse esta encuesta en cinco años consecutivos (de 2004 a 2008). Es decir, las muestras de la ENDES levantadas en años posteriores al 2000 (ENDES Continua), son un panel de conglomerados de la ENDES 2000.

Las ENDES Continuas, al ser sub-muestras de la ENDES 2000, se enmarcan en el mismo diseño muestral, para lo cual se utilizó un muestreo probabilístico, auto-ponderado por departamentos y áreas, estratificado, multietápico e independiente para cada departamento de Perú. Las unidades primarias de muestreo (UPM) son los centros poblados de acuerdo al censo de población de 1993. Cada UPM fue dividida en conglomerados y toda vivienda localizada dentro de ellos se considera como la unidad última de muestreo, para lo cual se efectúa una selección aleatoria de viviendas. La selección de las viviendas

se realiza a partir de la Actualización Cartográfica y el Registro de Edificios y Viviendas en cada año de la encuesta.

Para el levantamiento de la información, se aplica un cuestionario individual de mujeres, por cada mujer entre 15 a 49 años de edad presente en los hogares seleccionados para la encuesta. Este cuestionario consta de diez secciones: 1) Antecedentes de la entrevistada, 2) reproducción, 3) anticoncepción, 4) embarazo-parto-puerperio-lactancia, inmunización y salud, 5) nupcialidad, 6) preferencias de fecundidad, 7) antecedentes del cónyuge y trabajo de la mujer, 8) SIDA y otras infecciones transmitidas sexualmente, 9) mortalidad materna y 10) violencia doméstica. Para este análisis se utiliza la información en relación con el último embarazo. La información detallada sobre el muestreo y procedimiento de recolección de datos de estas encuestas, se encuentra ampliamente detallada en las notas metodológicas de las diferentes ENDES (17).

Variables

La principal variable de interés en este estudio es la atención médica recibida durante el control prenatal (CPN), entendida como las acciones médicas realizadas en consulta a mujeres embarazadas.

Para identificar si las prácticas médicas brindadas a las adolescentes son adecuadas o no de acuerdo a los requerimientos propuestos en la RMN° 668-2004 de Perú (Guía Nacional de atención integral de la Salud sexual y reproductiva- módulo II: atención obstétrica), se utilizó un conjunto de indicadores en relación con las acciones médicas practicadas a las adolescentes durante su último embarazo: a) control de peso, b) toma de la presión arterial, c) medición de la

altura uterina, d) auscultación de los latidos fetales, e) examen de orina, f) toma de muestra de sangre, h) vacunación antitetánica durante la gestación y h) consumo de hierro. Con estos indicadores se creó una variable dicotómica dirigida a examinar si el CPN fue inadecuado (0) o adecuado (1), considerando al cumplimiento mínimo de todas las prácticas médicas señaladas previamente. A las mujeres también se les preguntó si recibieron consejería sobre planificación familiar, consejería sobre la lactancia, explicación de las complicaciones que pueden presentarse durante el embarazo y dónde acudir si llegara a presentar estas complicaciones y si se les tomó muestra de sangre para la prueba de VIH/SIDA, no obstante, debido a que estas variables tuvieron una porcentaje de no respuesta arriba del 10%, no se incluyen en el índice y sus resultados se presentan sólo con fines descriptivos.

Como variables independientes se consideró a un conjunto de características sociodemográficas de las adolescentes: edad (15-17 y 18-19), estado conyugal (casada/conviviente y soltera/separada), años de escolaridad (menor de 6 años, 7 a 9 años y 10 a 14 años), lugar de residencia (campo/pueblo, capital/ciudad y No residente habitual), región (Lima/resto costa, sierra y selva) y tipo de residencia (rural y urbano), nivel de pobreza (pobre/muy pobre, medio y rico/muy rico), etnia (indígena y no indígena), deseo del embarazo (no deseaba y deseaba), número de hijos (1 hijo y 2 o más hijos), mes de inicio del CPN (0 a 3, 4 a 6 y, 7 a 9), número total de CPN (1 a 5 y 6 o más) y último mes del CPN (3 a 7 y 8 a 9). Estas variables socio-demográficas fueron seleccionadas tomando como referencia a la literatura revisada.

Análisis estadístico

Inicialmente se realizó un análisis descriptivo para explorar los indicadores relacionados con el CPN y las características socio-demográficas de las adolescentes, y posteriormente se realizaron análisis bivariados entre la variable de CPN adecuado y las características socio-demográficas previamente descritas. Finalmente, se ajustó un modelo de regresión logística multivariado con la finalidad de explorar los factores socio-demográficos asociados a un CPN adecuado. Todos los análisis se realizaron por medio del programa estadístico Stata v. 11.1, considerando el efecto de diseño de la encuesta.

Resultados

Respecto a las principales características socio-demográficas y maternas de la población adolescente, la edad promedio fue de 18 años (DE: 0.44). El 68.9%, refieren vivir en unión estable o estar casadas y el 35.8% ha logrado entre 10 a 14 años de estudio. El 53.9% reside en la zona urbana, ubicándose predominantemente en la región Lima metropolitana-costa (36.8%) y sierra del país (33.7%). El 55.1% de las adolescentes señala como lugar de residencia el pueblo o campo y se identifican en su mayoría como no indígenas (88.1%). Cerca de la mitad vive en condición de pobreza (47.5%).

Por otro lado, el 89.1% de adolescentes había tenido al menos un hijo nacido vivo en los últimos 5 años mientras que el 11% había tenido 2 o más. En relación con el deseo del embarazo (el último embarazo en aquellas adolescentes que tienen más de un hijo), la mayoría refiere que éste no era deseado (69.6%).

El 95.4% recibió algún tipo de atención prenatal mientras que el 5% de las adolescentes no tuvo ningún tipo de cuidado prenatal. En el Cuadro 1 se muestran las condiciones socio-demográficas de las mujeres.

En el Cuadro 2 se muestran las características de la atención prenatal en aquellas adolescentes que refirieron haber acudido a CPN. En promedio, la visita para atención en CPN se inicia a los 3.5 meses, es decir en el segundo trimestre, aunque el 57.4% inició su primera visita prenatal en los tres primeros meses de embarazo, no obstante, existe un 5% que inició el CPN de forma tardía, hasta el último trimestre de su embarazo. En relación al número de atenciones prenatales durante el embarazo, en promedio las adolescentes refieren haber acudido a 7 visitas (DE: 0.15). Se destaca el hecho de que el 69.9% tuvo 6 o más controles y su último contacto con el personal de salud fue entre los 8 y 9 meses de gestación (95.7%). El primer nivel de atención de salud del sector público (MINSAs) concentra el lugar donde las adolescentes realizaron su atención prenatal, destacando el puesto de salud con 42.5%. Asimismo, las adolescentes generalmente van con la obstetriz* (68.4%); no obstante una parte de las entrevistadas señalan a otros proveedores para estas revisiones, tales como enfermeras y médicos.

Las características de las adolescentes según el personal de salud con el cual acudieron a CPN se muestran en el Cuadro 3. Las adolescentes que recibieron atención por profesionales de la salud (médico, obstetriz y enfermera) tienen una edad promedio de 18 años, mientras que aquellas que se atienden con

* En Perú, una Obstetriz u Obstetra es un profesional con estudios universitarios en Obstetricia los cuales tienen una duración de 6 años.

personal no profesional (sanitario, promotor, partera tradicional, otro) son menores, es decir, tienen menos de 18 años de edad.

En general, las adolescentes atendidas por médico u obstetríz tienen entre 10 y 14 años de estudios escolares (52.3% y 40.4% respectivamente), mientras que la mayoría de las adolescentes atendidas por enfermera (46.6%) y por personal no profesional (56.3%) tenía menos de 6 años de educación. Las adolescentes que fueron atendidas por personal no profesional radican en su mayoría en zonas rurales y en la región de la selva, y son en su mayoría mujeres que viven en condición de pobreza, siendo 18% de ellas mujeres indígenas. Algo similar ocurre con las adolescentes atendidas principalmente por enfermeras, no obstante estas mujeres residen principalmente en la región la de sierra, siendo el 24% de ellas de algún grupo étnico. Las adolescentes que fueron atendidas por un médico u obstetríz residen principalmente en zonas urbanas, en la región de Lima metropolitana o en la costa, y son de un nivel socioeconómico más elevado. Entre las adolescentes que no tuvieron ningún cuidado prenatal, el 37% tuvo entre 10 y 14 años de estudios escolares, el 90% residen en zonas rurales, principalmente en la región de Lima Metropolitana/costa (41%), viviendo la mayoría de ellas en condición de pobreza (46%).

En relación con las prácticas médicas efectuadas durante la atención prenatal (cuadro 4), se observa que las acciones que se efectúan en menor proporción son las promocionales respecto a la lactancia materna (43.8%), vacunación antitetánica (51.0%), planificación familiar (55.2%) así como la prueba de detección del VIH/SIDA (49.6%), mismas que tuvieron más de un 10% de no respuesta, pero debido a su importancia aquí se señalan. El control del peso, la

medición de la presión arterial, la medición de la altura uterina y la auscultación de latidos fetales, son prácticas realizadas a la gran mayoría de las mujeres (>97%). De acuerdo con lo indicado en la RMN° 668-2004 de Perú, sólo el 32.7% de estas adolescentes tuvo un CPN adecuado al cumplir con las acciones médicas recomendadas.

Los resultados del análisis multivariado indican que ser mujer residente de la región de la sierra disminuye las posibilidades de tener un CPN adecuado (RM=0.57), mientras que tener más de un hijo (RM=1.87), haber tenido 6 o más CPN en total (RM=2.6) y mayor nivel socioeconómico, aumentan la posibilidad de haber tenido un CPN adecuado, siendo estas asociaciones estadísticamente significativas. Aunque no se encuentra una asociación estadísticamente significativa con el resto de variables ($p \geq 0.05$), la magnitud de dicha asociación señala que las adolescentes de 18 a 19 años, solteras o separadas, con menos de 6 años de estudios, que viven en zonas rurales, residentes en la región de la selva del país y que viven en condición de pobreza, son aquellas que tienen más posibilidades de tener un CPN inadecuado.

Discusión

En el presente estudio se exploraron las prácticas médicas efectuadas durante el control prenatal (CPN) de acuerdo a lo referido por adolescentes (15 a 19 años) con al menos un hijo nacido vivo en Perú. Se buscó explorar si dichas prácticas cumplen con lo establecido en la Guía Nacional de Atención Integral de la Salud

Sexual y Reproductiva de Perú, así como los factores sociodemográficos asociados a un CPN adecuado o inadecuado.

En términos generales se encuentra que la gran mayoría de las adolescentes acudieron con algún proveedor de salud para recibir CPN (principalmente con una obstetriz), y aunque poco más de la mitad inició el CPN durante los tres primeros meses del embarazo y más de la mitad tuvo 6 o más controles prenatales como lo recomienda el Ministerio de Salud de Perú (MINSA), al considerar de manera estricta el cumplimiento de las acciones médicas, se encuentra que sólo una tercera parte de las adolescentes tuvo un CPN adecuado. El seguimiento de las acciones aquí analizadas es fundamental para valorar los numerosos riesgos que se pueden asociar con el embarazo temprano.

Al igual que lo encontrado en este estudio, el análisis de las *Demographic Health Surveys* de 14 países señala que la medición de peso y presión arterial son las acciones más comunes que se realizan durante la atención prenatal y si bien estas son importantes, otras también cobran un valor particular para el seguimiento del embarazo saludable en las adolescentes y del recién nacido de madres adolescentes. (18) La identificación de las acciones evidencia lo que está sucediendo en las visitas prenatales y ofrece constancia sobre las acciones y seguimiento de las recomendaciones internacionales para la atención de calidad que propone la Organización Mundial de la Salud (OMS). (18)

En relación a las prácticas informativas ofrecidas sobre planificación familiar, lactancia materna, vacunación antitetánica y detección del VIH, es importante señalar que estas se ejecutaron en menor proporción pese a que estas acciones podrían ser de mayor impacto para que las adolescentes madres

desarrollen conductas saludables en beneficio suyo y de sus hijos. Es decir, como parte de un adecuado CPN, es fundamental también proporcionar claramente información en relación a los riesgos de un nuevo embarazo no planificado, las ventajas de la lactancia materna, la prevención del tétanos, la prevención de VIH y/o su detección oportuna para prevenir la transmisión madre-hijo.

Por otro lado, además de los problemas de acceso a los servicios de salud en general, la continuidad y permanencia de las adolescentes en estas consultas no siempre es común. Como se muestra en este estudio, el cumplir con el mínimo de consultas prenatales que recomienda el MINSA (6 CPN) aumenta la posibilidad de tener un CPN adecuado, lo cual llama a buscar estrategias innovadoras para lograr la permanencia en el CPN de aquellas adolescentes que ya lo iniciaron.

Así, a pesar de las evidencias de que la atención prenatal representa una oportunidad para realizar intervenciones exitosas (19) (20) que mejoren la salud materna y perinatal, como lo demuestran los altos niveles de uso de la atención prenatal en Asia, África subsahariana, el Medio Oriente y América Latina (18) (21), tal potencial es insuficientemente explotado en el caso de las adolescentes embarazadas peruanas. Esta situación las expone a una mayor vulnerabilidad.

Es importante subrayar que a diferencia de otros estudios (18-27), en este se encuentra que aquellas adolescentes con un primer hijo tienen menos posibilidades de tener un CPN adecuado. Al contrario, los hallazgos de otros estudios con mujeres de todos los grupos etarios de AL, señalan que el uso del CPN disminuye a medida que las mujeres tienen más hijos. Este es un elemento que requiere ser explorado con mayor profundidad en la población Peruana.

Por otra parte, las adolescentes que residen en la Sierra del Perú y aquellas en situación de pobreza tienen también menos acceso a un CPN adecuado. Esto confirma lo ya ampliamente conocido respecto a que la pobreza es un determinante social fuertemente vinculado a la maternidad temprana. De acuerdo con la OMS, en todas las regiones el uso de la atención prenatal está fuertemente influenciado por la riqueza; las mujeres que viven en hogares pobres utilizan los servicios prenatales con mucha menor frecuencia que las más ricas (18) (28) o bien, no tienen ningún tipo de CPN. (29)

De acuerdo a los datos de las encuestas, en el momento en que se levanta la información más de la mitad de las adolescentes estaban casadas o vivían en unión libre no obstante pareciera que en el caso de adolescentes peruanas este no es un factor que determina el acceso oportuno al CPN. Estudios previos han mostrado que las madres casadas tienen más posibilidades de recibir atención prenatal temprana por un médico en comparación con las madres viudas, separadas, divorciadas o solteras (25) (29) (30) y que el estar soltera o separada se asocia a mayores tasas de fracaso en el CPN y en resultados perinatales adversos (22) (24) (31).

Los resultados de este estudio muestran que la mayoría de las adolescentes participantes reporta que el embarazo no fue deseado (70%), sin embargo esta condición tampoco parece ejercer un rol importante para que las adolescentes obtengan un CPN inadecuado. Otros estudios refieren que son estas gestantes quienes no acuden a CPN (18) (29), o bien son quienes lo inician tardíamente, quienes tienen menores visitas y un seguimiento inadecuado. (24)

(32) Futuros estudios deben explorar a detalle esta asociación y con qué otras razones se pudieran estar explicando mejor.

Algunas limitaciones de este estudio deben ser señaladas; por un lado, la muestra es relativamente pequeña para encontrar asociación estadística significativa y no se puede inferir causalidad; y por otro, existe un potencial sesgo debido al tiempo transcurrido entre el último contacto prenatal y momento de la entrevista. Asimismo, las variables relacionadas con la promoción y prevención (información sobre señales de peligro, donde acudir en caso de complicaciones, consejería en planificación y lactancia materna y la toma de muestra para VIH) considerados por la RMN° 668-2004 de Perú, no se incluyeron en el índice por presentar porcentajes de no respuesta mayores del 10%.

A pesar de estas limitaciones, este estudio debe motivar a que se realicen otras investigaciones de tipo analítico que puedan medir adecuadamente causalidad entre las características socio-demográficas y el control prenatal adecuado en la región.

Actualmente las investigaciones que abordan el tema de la atención prenatal se limitan básicamente a abordar la fecha de inicio del CPN y el número de visitas; en este sentido, este estudio aporta información valiosa con importantes implicaciones para las políticas de salud materno-infantil de Perú, al explorar de manera detallada las distintas prácticas médicas realizadas (o no) específicamente a las adolescentes. Con el fin de identificar condiciones de riesgo y prevenir efectos adversos, es fundamental garantizar que las adolescentes, especialmente las que viven en las zonas rurales, las pobres, las menos educadas y primigestas, tengan un mejor acceso a los servicios de salud materna. Diversas estrategias,

tales como control prenatal reenocado para adolescentes, privilegiar el enfoque de riesgo, fortalecer los vínculos entre los distintos niveles de atención de salud y las adolescentes, fortalecer los programas preventivos y promocionales, entre otros, deben ser implementadas para asegurar tanto el acceso como la continuidad de estas adolescentes en el CPN, ya que puede ser la primera y única vez en que ellas interactúan con el servicio de salud y las oportunidades para la promoción y educación sanitaria no debe desaprovecharse.

Finalmente, debe generarse mayor evidencia sobre este tema con otros estudios, con el fin de contribuir y proponer soluciones al problema de la atención prenatal en las adolescentes de Perú. Estas investigaciones también deben abordar las motivaciones por parte de los proveedores para no efectuar las prácticas médicas señaladas por el MINSA y si estas son diferentes a las realizadas a mujeres de mayor edad. Asimismo, se debe efectuar una evaluación periódica de proceso y resultado de los programas de salud materna, específicamente, en adolescentes. La ausencia de estadísticas y la falta de datos actualizados en relación con la salud materna de las adolescentes, obstaculiza el diseño de estrategias efectivas para promover un control prenatal adecuado y oportuno en esta población.

Conclusión

Un embarazo durante la adolescencia representa diversos riesgos biológicos y sociales para una mujer. No obstante, estos riesgos se incrementan cuando existen factores que convergen negativamente limitando sus posibilidades de acceder a un control prenatal adecuado. Diversas estrategias deben ser

planteadas para favorecer que el control prenatal que se ofrece a las adolescentes alcance el adecuado nivel en términos de contenido y calidad. La consulta prenatal con adolescentes requiere un abordaje diferente en donde la consejería tenga un lugar primordial; no obstante, ésta debe ofrecer información sustantiva basada en evidencia; pero que a la vez abra opciones para que las adolescentes puedan decidir libremente por aquello, que con base en lo informado, sea lo más conveniente para su salud y la de su bebé.

Referencias

1. Rodríguez, J. Hopenhayn, M. Maternidad adolescente en América Latina y el Caribe: Tendencias, problemas y desafíos. En Desafíos, Número 4, enero 2007. Publicación de las Naciones Unidas, Panamá, enero de 2007.
2. UNICEF. Matrimonios prematuros. Innocenti Digest N° 7. Florencia-Italia, marzo de 2011.
3. Observatorio de Igualdad de Género de América Latina y El Caribe. Informe Anual 2011. El Salto de la Autonomía de los márgenes al centro http://segib.org/news/files/2011/03/Informe_OIG_2011.pdf. Consultado el 12 de febrero de 2012.
4. Ministerio de Salud del Perú. Documento técnico: Plan Estratégico Nacional para la Reducción de la Mortalidad Materna y Perinatal 2009-2015. Lima 2009. Disponible en: <http://minsa.gob.pe>. Consultado el 10 de febrero de 2012.
5. ORAS-CONHU. Comité Subregional Andino para la prevención del embarazo en adolescentes. Plan Andino de Prevención del embarazo en la Adolescencia. El embarazo en adolescentes en la Subregión Andina. Marzo 2008. Disponible en <http://orasconhu.org>. Consultado el 5 de marzo de 2012.
6. Ministerio de Salud del Perú. 5 Objetivo de desarrollo del milenio; Mejorar la Salud Materna 2000. Disponible en: <http://www.onu.org.pe/Upload/odm-informe2004/InformeODM6.pdf>. Consultado el 4 de marzo de 2012.
7. OMS. La salud y los objetivos de Desarrollo del Milenio. Mantengamos la promesa. Argentina 2005. Disponible en: <http://www.who.int/hdp/publications/mdges.pdf>. Consultado el 12 de marzo de 2012.
8. Oviedo H, Lira J, Ito A, Grosso J. Causas de nacimiento pretérmino entre madres adolescentes. Ginecol Obstet. N° 1, México 2007. Vol. 75 : 17-23.
9. Bojanini J, Gómez J. Resultados obstétricos y perinatales en adolescentes. Colombia : Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología 2004. N° 2. Vol. 55: 114-121.
10. Benitez N, Locatell Vi, Obregón K. Resultados perinatales de madres adolescentes. Revista de Posgrado de la VII Cátedra de Medicina. Argentina. Noviembre 2008, Vol. 6. N° 187.
11. Lira J, Oviedo H, Zambrana M, Ibarguengoitia F, Ahued R. Implicaciones perinatales del embarazo en la mujer adolescente. México 2005. Vol. 73:407-14.

12. UNFPA. Prevención del embarazo adolescente. Una mirada completa: Bolivia, Chile, Colombia, Ecuador, Perú y Venezuela. 2008.
13. OPS. La salud neonatal en el contexto de la salud de la madre, el recién nacido y el niño para cumplir los objetivos de desarrollo del milenio de las naciones Unidas. Washington, D.C. EUA, septiembre 2006.
14. Ministerio de Salud del Perú. Guías nacionales de Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva. Lima, 2004. Disponible en <http://minsa.gob.pe>.
15. UNFPA. Rostro joven de los objetivos de Desarrollo del Milenio. Agosto 2010.
16. Lloyd, Cynthia B. (ed.) 2005, Growing Up Global: The Changing Transitions to Adulthood in Developing Countries. Panel on Transitions to Adulthood in Developing Countries, Washington, National Research Council, Institute of Medicine, The National Academies Press. Nueva York. Disponible en http://www.nap.edu/catalog.php?record_id=11174. Consultado el 7 marzo de 2012.
17. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2007-2008. Perú. Octubre 2009. Disponible en: http://www.measuredhs.com/data/dataset/peru_continuousdhs_2004.cfm. Consultado el 20 de febrero de 2012.
18. WHO. Antenatal care in Developing Countries. Promises, achievements and missed opportunities. An analysis of trends, levels and differentials. 1990-2001. Año 2003.
19. Laframboise H. Health policy: Breaking the problem down in more manageable segments. Canadian Medical Association Journal 1973; 108:388-91.
20. Guzmán N. Hacia una nueva política de salud en Colombia. 2da. Edición. Cali: Feriva Editores; 1992.
21. Brouwere V, Lerberghe W. Safe motherhood Strategies: a review of the evidence; 2001.
22. Ribeiro E, Guimaraes A, Bethon H. Risk Factors for inadequate prenatal care use in the metropolitan area of Aracaju, Northeast Brazil. BMC Pregn Childbirth 2009; 9: 31.
23. Heaman M, Neuburn C, Green C, Elliot L, Helewa M. Inadequate prenatal care and its association with adverse pregnancy outcomes: A comparison of indices. BMC Pregn Childbirth 2008; 8:15. Disponible en: <http://www.biomedcentral.com/1471-2393/8/15>. Consultado el 18 de mayo 2012.
24. Bassani D, Surkan P, Olinto M. Uso inadecuado de los servicios prenatales entre las brasileñas: el rol de las características maternas. Int Perspect Sex Reprod Health 2009; 35(1):15-20.

25. Ruiz J, Giovanni E, Moreno H. Factores de riesgo de salud materno infantil en madres adolescentes de Colombia. *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health* 4(2), 1998.
26. Khashan A, Philip N, Louise C. Research article Preterm birth and reduced birth weight in first and second teenage pregnancies: a register-based cohort study. *BMC Pregnancy and Childbirth* 2010, 10:36
27. Rachel E. Rowe and Jo Garcia Social class, ethnicity and attendance for antenatal care in the United Kingdom: a systematic review. *Journal of Public Health Medicine* Vol. 25, No. 2, pp. 113–119.
28. Ministerio de Salud Pública Ecuador. Situación del Embarazo en la Adolescencia en la Subregión Andina. 2008
29. Ramírez M, Richardson V, Ávila H, Caraveo V, Salomón R, Bacardí M, Jiménez A. La atención prenatal en la ciudad fronteriza de Tijuana, México. *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health* 7(2), 2000.
30. Rodríguez M. Factores de riesgo para embarazo adolescente. *Medicina UPB* 2008, vol. 27. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=159013072007>. Consultado el 6 de junio 2012.
31. Raatikainen K, Heiskanen N, Heinonen S. Under attending free antenatal care is associated with adverse pregnancy outcomes. *BMC Public Health* 2007; 7: 268.
32. Paredes I, Hidalgo L, Chedrani P. Factors associated with inadequate prenatal care in Ecuadorian women. *Int J Gynecol Obstet* 2005; 88 (2):168-172. Disponible en: [http://www.ijgo.org/article/S0020-7292\(04\)00427-8/abstract](http://www.ijgo.org/article/S0020-7292(04)00427-8/abstract). Consultado el 22 de mayo 2012.

Cuadro 1. Características sociodemográficas de adolescentes que tuvieron un hijo (n=1004). Perú 2004-2008.^a

Características	n	%
Promedio de edad (DE)	18.01	(0.44)
Estado conyugal		
Casada/conviviente	541	68.9
Soltera/Separada	145	31.1
Años de escolaridad		
Menos de 6 años	272	34.6
De 7 a 9 años	232	29.5
10 a 14 años	282	35.8
Lugar de residencia		
Pueblo/campo	433	55.1
Capital de departamento/ciudad	312	39.7
No reside habitualmente en el lugar	41	5.2
Tipo de lugar de residencia		
Rural	363	43.4
Urbano	423	53.9
Región de procedencia		
Lima metropolitana/costa	318	36.8
Sierra	265	33.7
Selva	203	25.8
Nivel socioeconómico		
Muy pobre/pobre	373	47.5
Medio	209	26.6
Rico/muy rico	204	26.0
Grupo étnico		
Indígena	94	11.9
No indígena	692	88.1
Deseo del embarazo		
No lo deseaba	545	69.6
Si lo deseaba	238	30.4
Número de hijos nacidos vivos		
Uno	700	89.1
2 ó mas	85	10.9
Tuvo control prenatal en el último embarazo		
Si	747	95.4
No	36	4.6

^a Adolescentes con al menos un hijo nacido vivo en los últimos 5 años

Cuadro 2. Características de la atención prenatal en adolescentes que tuvieron un hijo (n=747). Perú 2004-2008.^a

Características	%	n
Mes de inicio de la atención prenatal		
0 a 3	57.4	428
4 a 6	37.3	279
7 a 9	5.3	40
Promedio (DE) 3.5 (0.08)		
Numero de atenciones prenatales		
1 a 5	27.7	207
6 a más	72.3	539
Promedio (DE) 7 (0.15)		
Mes de embarazo de última atención		
3 a 7	4.3	32
8 a 9	95.7	701
Promedio (DE) 0.8 (0.02)		
Lugar donde acudió para la atención prenatal		
Hospital MINSa	18.2	136
Centro salud MINSa	39.3	294
Puesto salud MINSa	42.5	318
Otro (EsSalud, FA, PNP, privado, otro)	8.6	64
Personal que hizo la atención prenatal		
Médico	22.4	175
Obstetríz	68.5	535
Enfermera	20.2	157
Otro(sanitario, promotor, partera, otro)	6.8	52

^a Adolescentes con al menos un hijo en los últimos 5 años y que expresaron haber acudido a control prenatal en el último embarazo.

Cuadro 3. Características de adolescentes embarazadas y/o que tuvieron un hijo, según persona que realizó la atención prenatal (n=1004).^a

	Se atendió con:									
	Médico		Obstetriz		Enfermera		Otro**		Nadie	
	si	no	si	no	si	no	si	no	si	no
Promedio de edad (DE)	18.2 (0.10)	17.9 (0.04)	18 (0.04)	17.9 (0.09)	17.8 (0.09)	18 (0.05)	17.8 (0.12)	18 (0.04)	18.0 (0.04)	17.5 (0.3)
Estado conyugal										
Soltera/separada	24.6*	33.1	30.7	32.3	28.8	31.9	27.7	31.5	30.8	40.0
Casada/conviviente	75.4	66.9	69.3	67.7	71.2	68.2	72.3	68.5	69.2	60.0
Años de escolaridad										
Menos de 6 años	25.42***	37.0	27.4***	49.68	46.6***	31.4	56.3***	32.9	33.1***	61.8
De 7 a 9 años	22.25	31.7	32.2	23.92	32.3	28.9	26.5	29.8	29.6	29.9
10 a 14 años	52.33	31.3	40.4	26.4	21.1	39.7	17.2	37.3	37.3	8.3
Lugar de residencia										
Campo/pueblo	38.5***	59.6	48.2***	69.4	71.3***	50.8	94.5***	52.0	54.2	69.1
Capital de departamento/ciudad	54.3	35.8	45.8	27.2	24.2	43.9	1.5	42.7	10.7	23.5
No reside en el lugar	7.2	4.6	6.0	3.4	4.4	5.3	4.0	5.3	5.1	7.4
Tipo de lugar de residencia										
Rural	36.4*	48.7	35.8***	67.9	67.9***	40.4	90.2***	42.8	90.2***	42.8
Urbano	63.6	51.3	64.2	32.1	32.1	59.6	9.8	57.2	9.8	57.2
Región de procedencia										
Lima metropolitana/Costa	60.3***	35.0	47.6***	25.7	19.1***	46.1	6.6***	43.1	41.6*	20.7
Sierra	28.5	34.9	30.6	39.6	46.6	30.2	29.2	33.8	33.5	33.7
Selva	11.2	30.1	21.8	34.7	34.3	23.7	64.2	23.1	24.9	45.6
Nivel socioeconómico										
Muy pobre/pobre	32.9***	51.4	38.7***	65.8	67.5***	42.2	90.3***	44.2	46.2*	69.4
Medio	22.8	27.8	32.4	14.3	20.4	28.2	7.7	28.0	27.4	12.3
Rico/muy rico	44.3	20.8	28.9	19.9	12.1	29.6	2.0	27.8	26.4	18.3
Grupo étnico										
Indígena	10.7	12.4	7.7***	21.3	24.3***	8.9	18.3*	11.5	11.9	14.0
No indígena	89.3	87.6	92.3	78.7	75.7	91.1	81.7	88.5	88.1	86.0
Deseo del embarazo										
No deseaba	64.7	71.0	71.4	65.8	67.6	70.1	65.7	69.9	69.6	71.1
Deseaba	35.3	29.0	28.6	34.2	32.4	29.9	34.4	30.1	30.4	28.9

^a Adolescentes que tuvieron al menos un 1 hijo vivo en los últimos 5 años.

^b Sanitario, promotor, partera tradicional, otro.

*** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1 para la comparación entre las categorías de respuesta Si y No dentro de cada persona que realizó la atención.

Cuadro 4: Acciones y prácticas médicas efectuadas durante la atención prenatal (n=1004). Perú 2004-2008.^a

Acciones y exámenes	NO		SI	
	n	%	n	%
Control de Peso	9	1.2	738	98.8
Toma de presión arterial	16	2.1	731	97.9
Medida de altura uterina	15	2.0	732	98.0
Auscultación de latidos fetales	18	2.4	728	97.6
Examen de Orina	161	21.5	586	78.5
Toma de muestra de sangre	145	19.4	602	80.6
Vacunación antitetánica durante el embarazo ^b	381	49.0	397	51.0
Tomó hierro durante el embarazo	241	30.8	542	69.2
Toma de muestra para VIH ^c	317	50.4	312	49.6
Explicación de complicaciones durante el embarazo ^c	141	18.9	605	81.1
Explicación de donde acudir en caso de complicaciones ^c	30	4.9	575	95.1
Le dieron consejería sobre Planificación familiar ^c	141	44.8	175	55.2
Le dieron consejería sobre lactancia materna ^c	440	56.2	343	43.8

^a En cualquier momento durante el último embarazo.

^b 0 a 4 dosis

^c Variables con arriba del 10% de información faltante, por lo tanto no se incluyen en el índice creado para evaluar el control prenatal adecuado o no.

Cuadro 5. Análisis multivariado. Factores asociados al control prenatal adecuado en adolescentes en Perú 2004-2008.^a

Variables		RM	IC 95%
Año (2004=r)	2005	1.07	(0.54 - 2.15)
	2006	1.40	(0.66 - 2.97)
	2007	0.89	(0.45 - 1.77)
	2008	0.78	(0.40 - 1.52)
Edad (15 a 17=r)	18 a 19 años	0.71	(0.45 - 1.13)
Estado conyugal (soltera/separada=r)	casada/conviviente	1.11	(0.71 - 1.74)
Tipo residencia (rural=r)	urbano	1.31	(0.71 - 2.39)
Lugar residencia (campo/pueblo=r)	capital dep/ciudad	0.72	(0.38 - 1.37)
	no resid-habitual	1.32	(0.55 - 3.17)
Región residencia (Lima/resto costa=r)	sierra	0.57*	(0.32 - 1.00)
	selva	1.26	(0.77 - 2.04)
Años de escolaridad (< 6 años=r)	7 a 9 años	1.08	(0.66 - 1.77)
	10 a 14 años	1.32	(0.77 - 2.24)
Nivel socioeconómico (pobre/muy pobre=r)	medio	1.95**	(1.14 - 3.32)
	rico/muy rico	3.42***	(1.63 - 7.17)
Etnia (Indígena=r)	no indígena	0.67	(0.37 - 1.20)
Deseaba el embarazo (No=r)	Sí	0.91	(0.58 - 1.43)
Número de hijos (2 ó más=r)	1 hijo	1.87*	(0.92 - 3.82)
Mes inicio CPN (7 a 9 meses=r)	4 a 6 meses	0.79	(0.30 - 2.06)
Mes inicio CPN (7 a 9 meses=r)	0 a 3 meses	1.08	(0.41 - 2.84)
Número de CPN (1 a 5=r)	6 a más	2.68***	(1.49 - 4.79)
Mes último CPN (3 a 7 meses=r)	8 a 9 meses	0.94	(0.38 - 2.29)
Tamaño de muestra		921	

^a= Muestra de adolescentes que señalaron haber acudido a control prenatal. Los resultados son Razones de Momios (RM) e intervalos de confianza al 95% (IC95%); CPN = Control prenatal; r = categoría de referencia.

*** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1