



**UNIVERSIDAD DE ORIENTE
NÚCLEO BOLÍVAR
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD
"Dr. Francisco Virgilio Battistini Casalta"
DEPARTAMENTO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA**

**EMBARAZO EN ADOLESCENTES. HOSPITAL "DR. RAÚL
LEONI OTERO". SAN FELIX. EDO. BOLÍVAR 2003– 2007.**

ASESOR

Dr. Luis Madriz.

TESIS DE GRADO PRESENTADO POR:

Br. Dajhana Carolina Serrano González

C.I 17.040.314

Br. Nardys María Rodríguez Arismendi

C.I 16.024.383

Ciudad Bolívar, Octubre 2008.



ÍNDICE

ÍNDICE	ii
RESÚMEN	iv
DEDICATORIA	v
DEDICATORIA	vi
AGRADECIMIENTOS	vii
INTRODUCCIÓN	1
JUSTIFICACIÓN	13
OBJETIVOS	14
Objetivo General	14
Objetivos Específicos.....	14
METODOLOGÍA	15
Tipo de estudio:.....	15
Universo:	15
Muestra:	15
Materiales:.....	15
Método:	15
Manejo de datos:	16
RESULTADOS	17
Tabla 1.....	19
Tabla 2.....	20
Tabla 3.....	21
Tabla 4.....	22
Tabla 5.....	23
Tabla 6.....	24
Tabla 7.....	25
Tabla 8.....	26



Tabla 9.....	27
Tabla 10.....	28
Tabla 11.....	29
Tabla 12.....	30
Tabla 13.....	31
Tabla 14.....	32
Tabla 15.....	33
Tabla 16.....	34
Tabla 17.....	35
Tabla 18.....	36
Tabla 19.....	37
Tabla 20.....	38
Tabla 21.....	39
Tabla 22.....	40
DISCUSIÓN	41
CONCLUSIONES.....	46
BIBLIOGRAFÍA.....	48



RESÚMEN

Objetivo: Determinar los factores Clínico – Epidemiológicos de las pacientes que ingresaron con el diagnóstico de Embarazo Adolescente durante el Periodo 2003–2007. **Ambiente:** Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Docente Asistencial “Dr. Raúl Leoni Otero”. **Método:** Esta investigación fue de tipo descriptivo, retrospectivo, de corte transversal. Se analizaron los datos utilizando el SPSS versión 15.0, compatible con Windows. **Resultados:** Se registraron 28.060 partos de los cuales 1856 (33,2 %) correspondían a Embarazadas Adolescentes. El intervalo de edad en el que ocurrieron con más frecuencia los embarazos fue entre los 15 y 16 años, registrándose 432 casos (77,6%). El nivel de escolaridad se ubicó entre la primaria y secundaria con 555 casos (99,6 %). Según el estado civil 502 (90,1%) de las adolescentes estudiadas eran solteras y 411 eran procedentes de zonas urbanas. Con respecto a las características obstétricas de las adolescentes se evidenció que la edad promedio de menarquia fue a los 12 años, 407 (73,1%) se iniciaron sexualmente entre los 14 y 16 años de edad, 544 (97,7%) eran primigestas, 410 (73,6%) habían tenido relaciones sexuales con una sola pareja hasta el momento de su embarazo; Así mismo 488 (87,6%) no se habían realizado citología y 491 (88,2%) no usaron métodos anticonceptivos. Se encontró que 398 (71,5%) no se controlaron adecuadamente el embarazo. La vía de resolución del embarazo en 444 (79,7%) de los casos fue el parto y al analizar el tipo de Parto realizado encontramos que 390 (87,8%) correspondieron a partos eutócicos. Entre las complicaciones medicas mas frecuentes en los 557 casos estudiados se encontró que 110 (19,8%) presentaron infección urinaria, siendo la patología más frecuente entre las complicaciones. En nuestra investigación 5,2% presentaron desgarros como principal complicación en el puerperio inmediato. Siendo la complicación más frecuente en los recién nacidos la prematuridad con 23 casos (4,1%). **Conclusión:** En este estudio se evidencia una alta incidencia de embarazo adolescente durante el período 2003-2007. Los embarazos ocurren con más frecuencia durante la adolescencia media (15-16) años. A pesar de la educación sexual recibida se necesitan mas esfuerzos, debido a que la mayoría cursaban secundaria y aún se inician sexualmente a edades tempranas sin uso de métodos anticonceptivos. Casi todas fueron Primigestas desconociendo el significado de un buen control prenatal para prevenir las complicaciones futuras. Sin embargo en nuestro estudio no hubo una alta incidencia de complicaciones ni para la madre ni para el producto.

Palabras Claves: Embarazo, Adolescente, Complicaciones



DEDICATORIA

Con mucho cariño especialmente a mis padres Luis y Maria Nieves, quienes me dieron la vida y han estado a mi lado en todo momento como apoyo incondicional, gracias a ellos tome este camino de hacer el bien a los demás sin esperar nada a cambio.

A los morochos Luis y Jeni; hermanos, gracias por soportarme en mis momentos de recaída durante la elaboración de este proyecto. Espero sus sueños se hagan realidad.

A toda mi familia, a aquellos que están y los que con su luz me iluminan por el camino indicado, en especial a mis abuelos se que donde estén estarán contentos por este nuevo logro.

A Gilfredo, gracias por todo el apoyo que me has dado para continuar y seguir adelante antes los obstáculos de la vida. Fuiste y serás siempre importante para mí.

A mis amigos, a todos sin excepción con quienes a pesar de haber dejado de compartir tiempo para lograr esta meta, han creído en mí en todo momento apoyándome y facilitándome el camino hacia el éxito. De igual forma a mis compañeros de clase, juntos recorrimos este camino durante 7 años, compartiendo lágrimas y sonrisas.

Dajhana Serrano



DEDICATORIA

A DIOS, nuestro señor, por su infinita bondad: por mantener encendida en mí la luz de la bondad, inteligencia, fé, esperanza y deseos de superación profesional y personal.

A mi madre y mejor amiga Leonarda y Abelardo mi padre, quienes me dieron la vida y me han dado las vivencias mas hermosas que he tenido en mi existir, por mantener en mí la capacidad de superación y constancia en el logro de las metas propuestas.

A mis hermanos, Abelardo y Luis, gracias por su amor incondicional, por orientarme y darme el apoyo necesario en los momentos difíciles.

A mi abuelo Luis +, entrego este logro, por haber estado allí en los momentos difíciles, que dios te tenga en su Santo reino, siempre te recordaré como uno de los pilares más importantes de mi vida. A mi tío Faustino +, gracias por consentirme y darme todo apoyo cuando lo necesité, que dios te bendiga. Que los dos alumbren mi camino desde donde estén.

A mis Tías y demás familiares, por creer en mí y apoyarme en el camino hacia el éxito.

Nardys Rodríguez



AGRADECIMIENTOS

A DIOS todopoderoso por su infinita bondad y por permitirnos lograr tantas cosas hermosas en la vida.

Al Dr. Luis Madriz nuestro asesor de tesis, por brindarnos la oportunidad de elaborar esta tesis en conjunto a su experiencia científica fundamental para la elaboración de la misma. Gracias.

A la Dra. Rita Pérez por su generosidad por ser una amiga incondicional, gracias por su colaboración, asesoría, paciencia y demás. Su ayuda fue muy valiosa para nosotras de verdad muchas Gracias.

Al Dr. Lattan, quién nos incentivó y orientó en la realización de esta tesis.

A Tamara, por abrirnos las puertas de su hogar a toda hora, por su invaluable asesoría en el manejo de los paquetes estadísticos y sobre todo por el tiempo dedicado a esta investigación.

Al licenciado Amílcar y Rosalia, por permitirnos acceder a las Historias médicas durante la recolección de datos.

A la Universidad de Oriente y nuestros profesores, quienes han sido pilar fundamental en nuestra formación académica.

Y a todos los que de una u otra forma contribuyeron a la elaboración de este trabajo. A todos ustedes GRACIAS.



INTRODUCCIÓN

La palabra adolescente se deriva del verbo latino adolescere y su traducción correcta es “en crecimiento”, lo cual indica que es un época donde es más notoria la transición de niños a adultos por los múltiples cambios.¹

La adolescencia es una de las etapas más importantes del ciclo vital, tiempo de formación, estudio, recreación y crecimiento personal.²

La OMS define como adolescencia al "período de la vida en el cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida la independencia socio – económica" y fija sus límites entre los 10 y 20 años. En muchos países, los adolescentes llegan a representar del 20 al 25% de su población.³

La actividad sexual de los adolescentes va en aumento en todo el mundo, incrementando la incidencia de partos en mujeres menores de 20 años. En el año 1998 se observó que 2.415.355 jóvenes iniciaron relaciones sexuales, lo que representa un 60% del total de ellos. Al agregar al resultado general de la iniciación sexual infantil el grupo de jóvenes que comenzaron su experiencia sexual entre los 15 y los 19 años, se concluye que más del 90% (93.7% / 2.262.091) de los jóvenes que han tenido relaciones sexuales, lo han hecho antes de cumplir los 20 años^{3,4}

Los resultados de la Encuesta de la juventud venezolana (ENJUVE 1998) reflejan que cerca de dos quintos (38.3% / 932.013) de los jóvenes con experiencia sexual, han agregado a su condición juvenil la condición de paternidad, cifra que se sitúa alrededor del 69% en el caso de las jóvenes mujeres que declararon experiencia



sexual. Se trata de aproximadamente 600 mil (601.637) jóvenes madres, de las cuales, más de 400 mil (425.361) tuvieron su primer hijo antes de cumplir 20 años.⁴

Los adolescentes llegan a ser fértiles aproximadamente 4 ó 5 años antes de ser emocionalmente maduros y muchos se inician sexualmente antes de los 18 años, y antes de contraer matrimonio. En América Latina y en Venezuela, la edad modal de la primera relación sexual ocurre alrededor de los 15 años, para los varones y un poco más tarde para las adolescentes. El inicio de la actividad sexual sin una adecuada educación sexual y sin los servicios de apoyo de orientación y salud adecuados para este grupo poblacional, propicia comportamientos de riesgo que pueden acarrear embarazos no deseados o no planificados.⁵

El embarazo adolescente se ha convertido en un problema de salud pública importante, debido a que básicamente son las condiciones socioculturales las que han determinado un aumento considerable en su prevalencia, aconteciendo con mayor frecuencia en sectores socioeconómicos más disminuidos, aunque se presenta en todos los estratos económicos de la sociedad.⁶

Se denomina embarazo en adolescentes al que ocurre durante la adolescencia de la madre, definida esta última por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como el lapso de vida transcurrido entre los 10 y 19 años de edad. También se suele designar como embarazo precoz, en atención a que se presenta antes de que la madre haya alcanzado la suficiente madurez emocional para asumir la compleja tarea de la maternidad.⁵

La actitud de una adolescente embarazada frente a la maternidad y a la crianza de su hijo, estará muy influenciada por la etapa en la vida por la que transita: En la *adolescencia temprana*, con menos de 14 años, el impacto del embarazo se suma al del desarrollo puberal, se preocupan más por sus necesidades personales y no piensan



en el embarazo como un hecho que las transformará en madres. En la *adolescencia media*, entre los 14 y 16 frecuentemente oscilan entre la euforia y la depresión, adoptando actitudes de autocuidado hacia su salud y la de su hijo. En la *adolescencia tardía*, luego de los 18 años, es frecuente que el embarazo sea el elemento que faltaba para consolidar su identidad y formalizar una pareja jugando, muchas de ellas, el papel de madre joven.³

La mayor parte de la información disponible sobre fecundidad en la adolescente se registra en el grupo de 15 a 19 años. Sin embargo, también se registran embarazos en el grupo de 10 a 14 años, pero, salvo en algunos países, no se cuenta con información al respecto. Esta resulta imprescindible porque, si bien numéricamente no es importante, este grupo podría tener un mayor riesgo de complicaciones y muertes.⁷

En todo el mundo, uno de cada diez alumbramientos corresponde a una madre adolescente y las tasas de fecundidad oscilan entre 05 y 200 nacimientos vivos por cada 1000 adolescentes, siendo las más altas las de África y América Latina. Se estima que en los países en desarrollo aproximadamente el 20% a 60% de los embarazos son no deseados, y que los adolescentes generalmente tienen escasa información sobre el correcto uso de medidas anticonceptivas y sobre la fertilidad. Las pacientes adolescentes embarazadas sufren posteriormente problemas de tipo socioeconómicos, determinados por una menor educación, mayor dificultad para conseguir empleo, generalmente el abandono de su pareja y finalmente mayor pobreza en la población.^{5,6}

Las cifras que maneja CELSAM indican que la mayoría de los jóvenes conocen de la existencia de los métodos anticonceptivos modernos, sin embargo, sólo 1 de cada 10 los utiliza, y tan sólo 1 de cada cinco mujeres adolescentes conoce su período fértil.⁸



Si lo miramos, en cambio, desde la movilización que existe en los grupos familiares actualmente, diríamos que la desintegración familiar, la poca comunicación con los padres, la falta de enseñanza sobre la capacidad de medir riesgos, son otras variables que intervienen. La realidad es que estas adolescentes se convierten en madres antes de afianzar su propio proyecto de vida, sin tener aún madurez física ni emocional. Esto implica, para el bebé, una red de sustentación muchas veces no adecuada.⁹

El embarazo en la adolescencia no sólo representa un problema de salud, también tiene una repercusión en el área social y económica, dado que implica menores oportunidades educativas o el abandono total de los estudios por parte de la madre adolescente, lo que incide en el incremento de la exclusión y de las desigualdades de género, coadyuvando en el fortalecimiento del círculo de la pobreza. En los países con Mínimo Desarrollo suceden más del doble de embarazos adolescentes que en los países Desarrollados o en Vías de Desarrollo.^{5, 10}

La procreación precoz se correlaciona con más altas tasas de fecundidad, más cortos intervalos entre alumbramientos, menor cantidad de familias nucleares tradicionales y la transmisión a los propios hijos de la preferencia por familias numerosas. Esos efectos no son meramente transitorios. Persisten tanto más tiempo cuanto más pobre sea inicialmente la adolescente. Entre las adolescentes pobres (a diferencia de las que están en posición económica más desahogada), la procreación redundante en menores sueldos mensuales; y los efectos sobre la nutrición de los niños sólo se ponen de manifiesto entre los pobres.¹¹

La reproducción en la adolescencia, en todo estrato socioeconómico, se relaciona con probabilidades más altas de pérdida intrauterina, mortalidad y morbilidad infantiles, y de complicaciones obstétricas y en el puerperio para las madres. Los mayores riesgos se constatan con claridad hasta los embarazos de menos



de 18 años, pues pasada dicha edad, la biología reproductiva parece alcanzar su plenitud.¹²

Con respecto a la edad de las adolescentes embarazadas existen estudios que evidencian diferencias significativas en la evolución del embarazo entre las pacientes menores de 16 años y las de 16 años y más. Stain y cols., demostró que el riesgo obstétrico en las adolescentes mayores (entre 16 y 19 años) estaba asociado con factores sociales como pobreza más que con la simple edad materna. En contraste, en las pacientes menores de 16 años, los resultados obstétricos y perinatales son dependientes de la edad materna por sí misma.⁶

La adolescencia actúa sobre el embarazo como un factor de riesgo que mantendrá su acción potencial a lo largo de toda la gestación, el parto y el puerperio. Los peligros de la maternidad en esta etapa de la vida aumentan con una atención médica inadecuada y es frecuente encontrar anemia, enfermedad hipertensiva del embarazo y sepsis urinaria. La frecuencia de anemia e infección del tracto urinario reportada en la mayor parte de las publicaciones es alta en las pacientes adolescentes embarazadas, con cifras que llegan a cerca del 22% y 23% respectivamente. Cuando la anemia es severa, se ha relacionado con otros factores de riesgo de la madre adolescente, demostrándose que su presencia estaría vinculada con parto prematuro y recién nacidos de bajo peso de nacimiento.^{6,13}

Dentro de las complicaciones obstétricas: el parto pretérmino, instrumentado o quirúrgico, los desgarros, los sangrados y la infección, mientras que en el neonato es frecuente encontrar bajo peso, Apgar bajo, *distress* respiratorio, infecciones y traumatismos obstétricos, con un riesgo muy alto de fallecer.¹³

Bajo el mismo concepto anterior, podríamos inferir que la posibilidad de parto prematuro en las pacientes adolescentes estaría más bien relacionado con factores como el bajo nivel socioeconómico más que la adolescencia por sí misma; sin



embargo, una serie de estudios realizados en poblaciones de similares características, demuestran que el riesgo de parto prematuro es mayor en las pacientes adolescentes embarazadas. Otras investigaciones han determinado que el riesgo de parto prematuro en las pacientes adolescentes es mayor mientras menor es la edad de la paciente, siendo el grupo de verdadero riesgo las adolescentes que se encuentran entre los 10 y los 15 años.⁶

En lo que respecta a las patologías del parto, se señala que mientras más joven es la adolescente, mayores son las alteraciones que pueden ocurrir en relación al parto. Esto es debido principalmente a una falta de desarrollo de la pelvis materna, lo que condicionaría una mayor incidencia de desproporción cefalopélvica, constituyendo esto, una causa importante de trabajos de partos prolongados y partos operatorios, tanto fórceps como cesáreas. Además de la desproporción cefalopélvica, las adolescentes embarazadas tienen mayor riesgo de culminar su parto con laceraciones del cuello uterino, vagina, vulva y periné. Esta complicación está dada principalmente por la condición de inmadurez de estas jóvenes, manifestándose en una estrechez de canal blando.⁶

Una de las consecuencias asociadas con maternidad adolescente mas conocida es que las hijas de madres adolescentes tienen una alta probabilidad de llegar a ser madres adolescentes también. Esta transmisión intergeneracional de la maternidad adolescente perpetúa un ciclo de desventajas. La explicación del fenómeno puede deberse a diversos procesos tales como herencia biológica o genética, actitudes, valores y preferencias, ambiente familiar y características socioeconómicas.¹⁴

Estudios médico-antropológicos que asocian calidad de la alimentación con reducción de la edad menárquica también apuntan que existe un grado de asociación fuerte entre una menarquia temprana, un despertar precoz a la sexualidad y una



maternidad adolescente. Investigaciones sobre la sexualidad en mujeres cubanas descubren tanto una reducción sostenida de la edad menárquica promedio durante las últimas décadas y un comienzo temprano a la actividad sexual en ese género. La relación entre edad menárquica temprana y actividad sexual precoz se muestra en diversos estudios que citan una edad menárquica promedio sobre el entorno de los 12 años y una edad de inicio a la sexualidad entre 15 y 16 años.¹⁵

Es notorio que las mujeres que iniciaron una maternidad temprana llegan al final de su vida reproductiva con más hijos que las que empezaron después de los 19 años. Esto influye en el tamaño de las familias y en el total de la población mundial.⁵

Los niños nacidos de madres adolescentes también tienen más riesgo de problemas de conducta social y de menores logros intelectuales y académicos. Los hijos de madres adolescentes tienen casi tres veces más probabilidades de ser encarcelados durante la adolescencia o primera juventud que los hijos de madres de más edad. Los niños de madres adolescentes tienen más probabilidades de vivir en la pobreza. El setenta y ocho por ciento de los hijos de adolescentes solteras que no terminaron la escuela secundaria viven en la pobreza.¹⁶

Investigaciones han demostrado que una variable a tener en cuenta en el inicio de la vida sexual de los y las adolescentes es la escolaridad. Las adolescentes que no están matriculadas en la escuela, así como las que no tienen motivación para asistir a la escuela o proseguir con ella, tienen mayores probabilidades de iniciar las relaciones sexuales en forma temprana.¹⁷

El embarazo interrumpe los estudios: 2 de cada 5 adolescentes dejan la escuela como consecuencia del embarazo y a mayor educación, menos embarazos. Las adolescentes más pobres y menos instruidas tienen 4 veces más riesgo de embarazarse que las menos pobres y las más instruidas.⁵



A escala mundial, al menos uno de cada diez abortos ocurre entre jóvenes de 15 a 19 años de edad. En este grupo de edades, más de 4,4 millones de jóvenes se someten cada año a abortos, un 40% de los cuales se realizan en malas condiciones, comprometiendo la salud y la vida de la joven. Esto obedece a que muchos embarazos de adolescentes no son planificados ni deseados. Aproximadamente el 80 por ciento de los embarazos adolescentes son no deseados. En el 2002, representaron una quinta parte de todos los embarazos no programados que se producen todos los años en los Estados Unidos.^{5,18}

En el caso de América Latina y el Caribe, el porcentaje de mujeres menores de 20 años de edad que tuvieron hijos vivos y recibieron atención prenatal por personal capacitado varía entre el 48.8% en Guatemala y el 95.8% en República Dominicana, lo que significa que en algunos países menos de la mitad de las mujeres embarazadas tienen el privilegio de conocer la situación de salud de su futuro niño y de ella misma. La probabilidad de que una mujer haya ingresado en algún tipo de unión antes de la edad de 20 años es significativa; el rango varía entre el 36% al 60%, y la probabilidad de tener un primer hijo antes de los 20 años varía entre el 30% al 50%.¹⁷

Anualmente cerca de un millón de embarazos en los EU corresponden a madres adolescentes, constituyendo un 12,8% del total de embarazos. En países menos desarrollados, la proporción de embarazos adolescentes es de aproximadamente 15,2% en Chile, y del 25% en el caso de El Salvador, Centroamérica, pudiendo llegar a cifras tan elevadas como del 45% del total de embarazos en algunos países africanos.⁶

La probabilidad de que una mujer haya tenido una relación sexual antes de los 20 años varía entre el 46% y el 63% en Brasil, Colombia, República Dominicana,



Ecuador, El Salvador, Guatemala, México, Perú y Trinidad y Tobago, según datos obtenidos de la encuesta demográfica y de salud.¹⁷

Vásquez y cols (1997), en una provincia de República Dominicana estudió a 138 adolescentes embarazadas y halló que el 60.1% se hallaban en la adolescencia tardía, el 84.1% eran solteras, el 68.2% procedían de un área rural. El 71.7% solo llegaron a realizar estudios de primaria. El 73.9% refirió no utilizar anticonceptivos.¹⁹

En los Estados Unidos, de un millón de embarazos entre adolescentes cada año, aproximadamente medio millón resultan en nacimientos vivos y estos embarazos están expuestos a riesgos médicos, sociales y económicos, tanto para la madre como para su hijo.²⁰

En el año 2002, se embarazaron aproximadamente 757,000 adolescentes en Estados Unidos entre la edad de 15 a 19 años; casi un 25 por ciento menos que en 1990. Aproximadamente el 31 por ciento de las mujeres estadounidenses se embaraza antes de los 20 años de edad. Casi el 13 por ciento de los hombres estadounidenses sexualmente activos de entre 15 y 19 años dicen haber dejado embarazada a una mujer.¹⁸

Según la *National Center for Health Statistics* (2002), el 9,6 % de las madres de entre 15 y 19 años dió a luz a bebés de bajo peso (2,5kg), en comparación con el 7,8 % correspondiente a madres de todas las edades. El riesgo es mayor para las adolescentes más jóvenes: el 11.3% de las madres de 15 años tuvo bebés de bajo peso en 2002, comparado con el 8,9 % de las madres de 19 años (168.111 nacimientos, 14.920 de bajo peso).²¹

Según las estadísticas, "Venezuela es considerada en la ONU como líder en embarazos no deseados". En el año 2000, de los 23 mil 247 partos atendidos en la



Maternidad de Caracas, 156 fueron de niñas entre los 10 y 14 años, y cinco mil 551 de las adolescentes entre los 15 y 17 años de edad. Las cifras que maneja el Centro Latinoamericano de Salud y Mujer, señalan que de cada mil mujeres embarazadas, 98 tienen entre 15 y 19 años; una de cada 10 comienza su vida sexual antes de los 15 años.²²

Según ENPOFAM (Encuesta de Población y Familia realizada con una muestra de mujeres adolescentes en 1998), siete de cada diez adolescentes, pertenecen a un hogar pobre. Del total de 105.948 de muertes registradas en el año 2000 (Venezuela), el 39,50% son mujeres y de ellas 12.928 (30,89%) en las edades comprendidas entre 10-49 años de edad. De estas mujeres 327 (2,53%) murieron por causas relacionadas con el embarazo, parto y puerperio; de ellas 108 (33,03%) murieron por aborto y correspondió al grupo de 15-19 años de edad, un total de 15 muertes por esta última causa, equivalente al 4,59%.²

El embarazo en menores de 19 años es tres veces mas frecuente que en las madres jóvenes adultas (20-24 años). En relación a la residencia, el porcentaje de embarazo precoz es mas frecuente en el área rural que en la urbana (18,2% Área Metropolitana, 19,4% Grandes ciudades, 21,2% Ciudades medianas y 29% en las pequeñas poblaciones). De cada 10 madres precoces que dejan el Sistema Educativo, 2 lo hacen a causa del embarazo, 2 porque piensan que los estudios no son importantes y 5 por razones económicas. Sólo una de cada 100 madres precoces que está fuera del sistema educativo ha concluido sus estudios.²³

Según el MSDS en el año 2000, el 21.4% de nacimientos ocurrió en el grupo de adolescentes de 15-19 años.²

Carugno y cols. (1998), en los Teques, estado miranda, estudió 87 adolescentes que acudieron a la consulta prenatal del hospital “Dr. Victorino



Santaella". La edad promedio fue de 16 años, el 13,79% estaban casadas y sólo 64,35% se mantenían unidas a su pareja. Únicamente el 6, 89% había culminado la secundaria.²⁴

Si lo miramos desde un punto de vista médico preventivo, podemos decir que el inicio precoz de las relaciones sexuales y la no utilización de métodos anticonceptivos, es un factor importante. Cerca de un 60% de la actual población juvenil, como se ha visto, mantiene relaciones sexuales, no obstante, sólo el 39.0% (949.086) de este grupo utiliza métodos preventivos y apenas la mitad (52.6% / 512.844) de ellos los adopta de manera permanente. Esto se traduce en que por cada veinte (20) jóvenes venezolanos, doce (12) aproximadamente han mantenido relaciones sexuales pero, de ellos, sólo cinco (5) utilizan algún método preventivo.⁴

La mayoría de estas madres precoces son solteras, sus historias hablan de desconocimiento, abandono, soledad y problemas familiares. Ellas no tienen la experiencia y madurez necesaria para encarar el embarazo y la maternidad. El saberse embarazada muchas veces se asocia a sorpresa, ocultamiento, temor, primeras consultas tardías, etc.⁷

El embarazo precoz se está convirtiendo en un problema social y de salud pública de alcance mundial, por lo que el embarazo en edades tempranas de la vida constituye en nuestros tiempos un reto de considerable envergadura, ya que las consecuencias implícitas en este problema de orden bio-psico-social repercuten en la calidad de vida de la joven madre y de su familia, y determinan un riesgo considerable para el futuro de su hijo. En la revisión bibliográfica encontramos investigaciones en relación al tema que nos ocupa, realizadas en diferentes países y del centro occidente y sur oriente de Venezuela, pero ninguna realizada en este centro asistencial, de allí la relevancia de este estudio que se propuso determinar los factores clínico epidemiológicos de pacientes que ingresaron con el diagnóstico de embarazo



adolescente a la emergencia del servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Docente Asistencial “Dr. Raúl Leoni Otero” en San Félix – Edo Bolívar, Periodo 2003 – 2007.



JUSTIFICACIÓN

El embarazo adolescente es considerado como un problema social, el cual ha sido analizado desde muchas perspectivas sin llegar al fondo de la situación, sabiendo la morbimortalidad materno infantil y el impacto Psicosocial que este genera.

El embarazo a cualquier edad constituye un hecho social importante; aún mas durante la adolescencia, momento de la vida que conlleva a una serie de situaciones que pueden poner en riesgo la Salud de la madre y del hijo en comparación con aquel que se produce en edades óptimas para la concepción.

El siguiente trabajo, está orientado a conocer la incidencia y características clínico epidemiológicas del embarazo adolescente en el Hospital Raúl Leoni Otero, San Félix – Edo. Bolívar, en el período 2003 – 2007; indagando desde el punto de vista Clínico – Epidemiológico; siendo estos elementos básicos para mejorar la situación de dicha problemática en esa institución.



OBJETIVOS

Objetivo General

- ◆ Determinar los factores Clínico – Epidemiológicos de las pacientes que ingresaron con el diagnóstico de Embarazo Adolescente al servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Docente Asistencial “Dr. Raúl Leoni Otero” en San Félix – Edo Bolívar, Periodo 2003– 2007.

Objetivos Específicos

- ◆ Determinar la Incidencia del Embarazo en Adolescentes.
- ◆ Identificar las características personales (edad, estado civil, procedencia, escolaridad) de la embarazada adolescente.
- ◆ Precisar las características obstétricas (edad de menarquia, inicio de actividad sexual, número de gestas, número de parejas sexuales, uso de métodos anticonceptivos, realización de citologías) de las embarazadas adolescentes.
- ◆ Establecer control prenatal en las embarazadas adolescentes.
- ◆ Señalar la vía de resolución del embarazo (Parto, Cesárea).
- ◆ Indicar tipo de parto realizado a las embarazadas adolescentes (Eutócico, Distócico, Instrumental).
- ◆ Especificar las complicaciones médicas en el embarazo.
- ◆ Determinar complicaciones médicas durante el puerperio inmediato.
- ◆ Enunciar las complicaciones en el recién nacido de las embarazadas adolescentes.



METODOLOGÍA

Tipo de estudio:

Descriptivo, retrospectivo, de corte transversal.

Universo:

Todas las pacientes adolescentes en trabajo de parto que acudieron a la emergencia obstétrica del Hospital Docente Asistencial “Dr. Raúl Leoni Otero”, durante el período 2003 – 2007.

Muestra:

Se seleccionó una muestra estratificada y al azar del 30% del total de Partos adolescentes (entre 11 y 19 años) ocurridos en cada año del período 2003 al 2007. Tomando en cuenta que en el 2003 hubo 380, en el 2004 hubo 420, en el 2005 hubo 285, en el 2006 hubo 396 y en el 2007 hubo 375 partos adolescentes registrados en el departamento de Codificación y Estadística del Hospital docente asistencial “Dr. Raúl Leoni Otero”.

Materiales:

- ◆ Ficha de recolección de datos (ver Apéndice).
- ◆ Computadora personal.

Método:

Las Historias fueron evaluadas tomando en cuenta la Ficha de recolección de datos diseñada para esta investigación. La cual constó de 7 partes: la primera, correspondió a las características personales y se recogieron datos como, edad, estado civil, procedencia y escolaridad; la segunda trató sobre las Características Obstétricas de



las Adolescentes como Edad de la Menarquia , Primera Relación Sexual, Número de Gestas, entre otras; la Tercera habló sobre el control prenatal; la Cuarta, Quinta y Sexta trató sobre las características médicas del embarazo y puerperio, complicaciones obstétricas y vía de resolución del embarazo y la Séptima sobre las complicaciones del recién nacido.

Manejo de datos:

Los datos fueron analizados con estadística descriptiva utilizando el SPSS versión 15.0, compatible con Windows, se representaron en tablas de frecuencia simple con número y porcentaje.



RESULTADOS

Durante el periodo 2003-2007, en el Hospital “Dr. Raúl Leoni Otero” de San Félix- Edo. Bolívar, se registraron 28.060 partos de los cuales 1856 (33,2 %) correspondían a Embarazadas Adolescentes (Tabla1).

Al evaluar las características personales de las adolescentes embarazadas se encontró que el intervalo de edad en el que ocurrieron con más frecuencia los embarazos fue entre los 15 y 16 años, registrándose 432 casos (77,6%) (Tabla 2); El nivel de escolaridad se ubicó entre la primaria y secundaria con 555 casos (99,6 %) (Tabla 3); Según el estado civil 502 (90,1%) de las adolescentes estudiadas eran solteras (Tabla 4) y 411 (73,8%) eran procedentes de zonas urbanas (Tabla 5).

Con respecto a las características obstétricas de las adolescentes embarazadas se evidenció que la edad promedio de menarquia fue a los 12 años (Tabla 6); 407 (73,1%) se iniciaron sexualmente entre los 14 y 16 años de edad (Tabla 7); 544 (97,7%) eran primigestas (Tabla 8); 410 (73,6%) habían tenido relaciones sexuales con una sola pareja hasta el momento de su embarazo (Tabla 9); Así mismo 488 (87,6%) no se habían realizado citología (Tabla 10) y 491 (88,2%) no usaron métodos anticonceptivos (Tabla 11).

Se encontró que 398 (71,5%) no se controlaron adecuadamente el embarazo (Tabla 12).

La vía de resolución del embarazo en 444 (79,7%) de los casos fue el parto y sólo 113 (20,3%) concluyeron en cesárea segmentaría (Tabla 13); siendo la principal causa de cesárea la Desproporción feto Pélvica 50 (44,2%) (Tabla 14).



Al analizar el Tipo de Parto realizado encontramos que de 444 partos atendidos por vía vaginal, 390 (87,8%) correspondieron a partos Eutócicos y 54 (12,2%) eran partos Distócicos (Tabla 15), siendo la distocia mas frecuente la circular simple de cordón umbilical 30 (55,5%) (Tabla 16).

Entre las complicaciones medicas mas frecuentes en los 557 casos estudiados se encontró que 110 presentaron infección urinaria, 44 Hipertensión Inducida por el Embarazo, 43 Leucorrea y 38 presentaron otros tipos de complicaciones (Tabla 17), siendo la principal la Toxoplasmosis materna 19 (50%) (Tabla 18).

Con respecto a las complicaciones durante el Puerperio Inmediato, de los 557 casos, 29 presentaron Desgarro, 16 Retención de Restos Post Parto, 2 Infección y 5 otro tipo de complicaciones (Tabla 19), siendo la mas frecuente el Hematoma de herida operatoria (80%). (Tabla 20).

Se encontró que entre las complicaciones de los Recién Nacidos producto de Embarazadas Adolescentes, la Prematurez fue la más frecuente con 23 casos, seguida de bajo peso al nacer con 17, infección en 10 oportunidades, distrés respiratorio en 4, 3 casos de mortalidad y 17 complicaciones de otro tipo, siendo la más frecuente el Céfalohematoma 10 (58,8%). (Tabla 21 y 22).

**Tabla 1**

Incidencia de Adolescentes Embarazadas. Hospital Dr. Raúl Leoni Otero. Período
2003 – 2007

Año	Total de Partos	Total de Partos Adolescentes	%
2003	6.541	380	5,8
2004	6.238	420	6,7
2005	4.751	285	6,0
2006	5.236	396	7,6
2007	5.294	375	7,1
Total	28.060	1.856	33,2

Fuente: Historias Médicas 2003-2007

**Tabla 2**

Adolescentes Embarazadas según edad. Hospital Dr. Raúl Leoni Otero. Período 2003
– 2007

Edad	Nº	%
12-14	94	16,9
15-16	432	77,6
17-19	31	5,6
Total	557	100

Fuente: Historias Médicas 2003-2007

**Tabla 3**

Adolescentes Embarazadas según el grado de escolaridad. Hospital Dr. Raúl Leoni
Otero. Período 2003 – 2007

Escolaridad	Nº	%
Analfabeta	1	0,2
Primaria	214	38,4
Secundaria	341	61,2
Preuniversitario	1	0,2
Total	557	100

Fuente: Historias Médicas 2003-2007

**Tabla 4**

Adolescentes Embarazadas según Estado Civil. Hospital Dr. Raúl Leoni Otero.
Período 2003 – 2007

Escolaridad	Nº	%
Soltera	502	90,1
Casada	55	9,9
Total	557	100

Fuente: Historias Médicas 2003-2007

**Tabla 5**

Adolescentes Embarazadas según Procedencia. Hospital Dr. Raúl Leoni Otero.
Período 2003 – 2007

Procedencia	Nº	%
Urbana	411	73,8
Rural	146	26,2
Total	557	100

Fuente: Historias Médicas 2003-2007

**Tabla 6**

Adolescentes Embarazadas según Edad de Menarquia. Hospital Dr. Raúl Leoni
Otero. Período 2003 – 2007

Año	Media	Mínimo	Máximo
2003	12,1	10	15
2004	11,9	9	14
2005	12,0	8	15
2006	12,3	9	15
2007	11,9	9	15

Fuente: Historias Médicas 2003-2007

**Tabla 7**

Adolescentes Embarazadas según la edad de primera relación sexual. Hospital Dr.
Raúl Leoni Otero. Período 2003 – 2007

Edad	Nº	%
8-10	5	0,9
11-13	141	25,3
14-16	407	73,1
17-19	4	0,7
Total	557	100

Fuente: Historias Médicas 2003-2007

**Tabla 8**

Adolescentes Embarazadas según el Número de Gestas. Hospital Dr. Raúl Leoni
Otero. Período 2003 – 2007

Nº de Gestas	Nº	%
I Gesta	544	97,7
II Gesta	11	2,0
III Gesta	2	0,4
Total	557	100

Fuente: Historias Médicas 2003-2007

**Tabla 9**

Adolescentes Embarazadas según el Número de parejas sexuales. Hospital Dr. Raúl
Leoni Otero. Período 2003 – 2007

Nº de Parejas	Nº	%
1	410	73,6
2	122	21,9
3	20	3,6
4	1	0,2
5	3	0,5
6	1	0,2
Total	557	100

Fuente: Historias Médicas 2003-2007

**Tabla 10**

Adolescentes Embarazadas según la Realización de Citologías. Hospital Dr. Raúl
Leoni Otero. Período 2003 – 2007

Citología	Nº	%
Si	69	12,4
No	488	87,6
Total	557	100

Fuente: Historias Médicas 2003-2007

**Tabla 11**

Adolescentes Embarazadas según Uso de Métodos Anticonceptivos. Hospital Dr.
Raúl Leoni Otero. Período 2003 – 2007

Uso de Anticonceptivos	Nº	%
Si	66	11,8
No	491	88,2
Total	557	100

Fuente: Historias Médicas 2003-2007

**Tabla 12**

Adolescentes Embarazadas según Control Prenatal. Hospital Dr. Raúl Leoni Otero.
Período 2003 – 2007

Control Prenatal	Nº	%
Si	159	28,5
No	398	71,5
Total	557	100

Fuente: Historias Médicas 2003-2007

**Tabla 13**

Adolescentes Embarazadas según Vía de Resolución del Embarazo.

Hospital Dr. Raúl Leoni Otero. Período 2003 – 2007

Resolución	Nº	%
Parto	444	79,7
Cesárea	113	20,3
Total	557	100

Fuente: Historias Médicas 2003-2007

**Tabla 14**

Adolescentes Embarazadas según Causas de Cesárea. Hospital Dr. Raúl Leoni Otero.
Período 2003 – 2007

Causas	Nº	%
Desproporción Feto Pélvica	50	44,2
Presentación Pelviana	13	11,5
Hipertensión Inducida por el Embarazo	11	9,8
Dilatación Estacionaria	18	15,8
Ruptura Prematura de Membrana	6	5,3
Oligoamnios	5	4,4
Embarazo Gemelar	3	2,7
Condilomatosis	2	1,8
Embarazo Cronológicamente Prolongado	2	1,8
Malformación Renal Fetal	2	1,8
Tu. De Ovario	1	0,9
Total	113	100

Fuente: Historias Médicas 2003-2007

**Tabla 15**

Adolescentes Embarazadas según Tipo de Parto realizado. Hospital Dr. Raúl Leoni
Otero. Período 2003 – 2007

Tipo de Parto	Nº	%
Eutócico	390	87,8
Distócico	54	12,2
Instrumental	0	0
Total	444	100

Fuente: Historias Médicas 2003-2007

**Tabla 16**

Adolescentes Embarazadas según Causas de parto distócico. Hospital Dr. Raúl Leoni
Otero. Período 2003 – 2007

Distocias	Nº	%
Circular Simple de cordón	30	55,5
Circular Doble de cordón	18	33,3
Presentación Pelviana	3	5,6
Distocia de rotación	3	5,6
Total	54	100

Fuente: Historias Médicas 2003-2007

**Tabla 17**

Complicaciones Médicas de las Adolescentes Embarazadas. Hospital Raúl Leoni
Otero. Periodo 2003 - 2007

Complicaciones del Embarazo	n / N	%
Infección Urinaria	110/557	19,7
Hipertensión Inducida por el Embarazo	44/557	7,9
Leucorrea	43/557	7,7
Ruptura Prematura de Membranas	27/557	4,8
Anemia	18/557	3,2
Amenaza de Parto Pretérmino	12/557	2,2
Amenaza de Aborto	1/557	0,2
Otras	38/557	6,8
Total	293/557	52,5

Fuente: Historias Médicas 2003-2007

n = Número de casos

N = Número de Historias Revisadas

**Tabla 18**

Otras complicaciones Médicas de las adolescentes Embarazadas. Hospital Raúl Leoni
Otero. Periodo 2003 - 2007

Otras Complicaciones	N	%
Toxoplasmosis	19	50,0
Condilomatosis	9	23,7
Embarazo Cronológicamente Prolongado	3	7,9
Malaria	2	5,3
VIH	2	5,3
Sífilis	1	2,6
Sind. Varicoso	1	2,6
Varicela	1	2,6
Total	38	100

Fuente: Historias Médicas 2003-2007

**Tabla 19**

Complicaciones durante el puerperio Inmediato de las Adolescentes. Hospital Raúl
Leoni Otero. Periodo 2003 – 2007

Complicaciones del Puerperio Inmediato	n / N	%
Desgarros	29/557	5,2
Retención de restos Post- Parto	16/557	2,9
Infecciones	2/557	0,4
Otros	5/557	0,9
Total	52/557	9,4

Fuente: Historias Médicas 2003-2007

n = Número de casos

N = Número de Historias Revisadas

**Tabla 20**

Otras complicaciones durante el Puerperio Inmediato de las Adolescentes. Hospital
Raúl Leoni Otero. Periodo 2003 - 2007

Otras Complicaciones	Nº	%
Hematoma de Herida Operatoria	4	80
Síndrome HELLP	1	20
Total	5	100

Fuente: Historias Médicas 2003-2007

**Tabla 21**

Principales complicaciones del Recién Nacido de las Adolescentes Embarazadas.
Hospital Raúl Leoni Otero. Periodo 2003 - 2007

Complicaciones del Recién Nacido	n / N	%
Prematurez	23/557	4,1
Bajo Peso	17/557	3,1
Infecciones	10/557	1,8
Distrés Respiratorio	4/557	0,7
Otros	17/557	3,1
Mortalidad	3/557	0,5
Total	74/557	13,3

Fuente: Historias Médicas 2003-2007

n = Número de casos

N = Número de Historias Revisadas

**Tabla 22**

Otras complicaciones de los Recién Nacidos de las Adolescentes Embarazadas.
Hospital Raúl Leoni Otero. Periodo 2003 - 2007

Otras Complicaciones	Nº	%
Cefalohematoma	10	58,8
Hidronefrosis	3	17,6
Gastroquisis	2	11,8
Caput Sucedanium	1	5,9
VIH	1	5,9
Total	17	100

Fuente: Historias Médicas 2003-2007



DISCUSIÓN

El embarazo adolescente se ha convertido en un problema de salud pública importante, debido a que básicamente son las condiciones socioculturales las que han determinado un aumento considerable en su prevalencia. El Estado Bolívar no escapa de tal situación.

En el estudio retrospectivo realizado en el Hospital “Dr. Raúl Leoni Otero” de San Félix- Edo. Bolívar se evidenció una alta incidencia de embarazo adolescente 33,2%, lo cual no se aleja de la realidad nacional debido a que en un estudio presentado por la Organización Panamericana de la Salud correspondiente al período 2000 – 2005, el 20,5% de los nacimientos en Venezuela fueron de madres adolescentes; y en contraste, la incidencia en estados unidos es de 12,8%.^{6, 25}

En cuanto a las características personales estudiadas, el 77, 6% de los embarazos eran de adolescentes entre los 15 y 16 años, siendo superior comparado con estadísticas venezolanas del año 2000, donde de los 23.247 partos atendidos en la maternidad de caracas, 23,8% estaban entre los 15 y 17 años de edad. Además en nuestro estudio encontramos que el 99,6% de los pacientes presentaban un grado de instrucción que no superaba el nivel secundario, muy semejante a los resultados obtenidos por Carugno y cols (1998) que determinó que el 93.1% de las adolescentes de su estudio cursaban ese mismo nivel educativo. Al estudiar el estado civil, se observó que el 90,1% de las embarazadas adolescentes eran solteras al igual que estudios realizados en República Dominicana donde 84,1% ostentaban esta condición.^{19, 24}



En el presente estudio el 73,8% de las embarazadas provenían de zonas urbanas, a diferencia de lo encontrado en la Encuesta Nacional de la Juventud Venezolana (ENJUVE) realizada por el Ministerio de la Familia en 1993, donde el porcentaje de embarazo precoz fue mas frecuente en el área rural que la urbana, esto se explica debido a la ubicación de el centro asistencial donde se realizó el estudio y sus áreas de influencia predominantemente urbanas.²³

Con respecto a las características obstétricas de las adolescentes, estudios médicos antropológicos hacen referencia que existe un grado de asociación entre una menarquia temprana y maternidad adolescente, en esta investigación no se encontraron diferencias significativas con otros estudios en relación con la edad de la menarquia, puesto que se evidenció que la edad promedio gira en torno a los 12 años de edad, al igual que Carugno (2001) quien encontró en su trabajo que la edad de menarquia fluctuó en un promedio de 12,5 años. Estudios realizados por Soleo y cols (1990) señalan el inicio de las relaciones sexuales en las mujeres a los 15 años y estos resultados coinciden con los de este estudio, ya que el 73,1% de las embarazadas se iniciaron sexualmente entre los 14 y 16 años de edad lo que supone el inicio de la actividad sexual sin una adecuada educación constituyendo un factor de riesgo para la salud sexual y reproductiva. En relación al número de gestas, en nuestro estudio el 97,7% de las adolescentes embarazadas eran Primigestas, y al comparar estos resultados con diversas publicaciones no encontramos, diferencias significativas, ya que estos también destacan que del 73% al 97% de las adolescentes son Primigestas.
2, 15, 24 , 26, 27, 28, 29

Investigaciones realizadas en adolescentes embarazadas, plantean que el inicio de las relaciones sexuales precoces trae otro problema que consiste en que aumentan el número de compañeros sexuales, en contraste con estos resultados en nuestro estudio, el 73,6 % de las embarazadas adolescentes tenían una sola pareja sexual, lo cual indica un bajo nivel de promiscuidad en nuestras adolescentes. De



igual forma cerca de un 60% de la población juvenil actual mantiene relaciones sexuales, no obstante, sólo el 39.0% de este grupo utiliza métodos preventivos. En nuestra investigación, para nada ajena a esta realidad tan solo 11,8% utilizaron algún método anticonceptivo, esto a pesar que la mayoría de las adolescentes cursaban estudios secundarios y contaban con mayor educación sexual.^{29,4}

En un estudio realizado en el año 2002 el 21 % de las pacientes tenían alteraciones citológicas, en ese estudio se destacó la presencia de infección por papiloma virus, lo que pudiera indicar que existe alguna relación entre este último, la edad de la paciente y la evolución de las displasias en el cuello; Sin embargo en nuestro estudio 87,6% de las adolescentes no se habían realizado citología lo que refleja la falta de conocimiento en cuanto prevención de lesiones de cuello uterino en mujeres sexualmente activas independientemente de su edad.³⁰

En nuestro estudio se definió como embarazo controlado, a aquellas adolescentes que asistieron a 5 controles prenatales, en los cuales su primera consulta haya sido durante el primer trimestre del embarazo y así mismo se hayan realizado exámenes paraclínicos. El 28,5% de las adolescentes estudiadas cumplieron con estos parámetros, mientras que el 71,5% no se controlaron el embarazo. Estos resultados coinciden con otros estudios donde se evidenció que una proporción no despreciable de las adolescentes, 1 de cada 10, están teniendo sus hijos sin control.²⁶

En lo que respecta a la vía de resolución del embarazo, existen reportes que han encontrado mayor frecuencia de cesáreas entre adolescentes; en contraste, otros comentan menor frecuencia. Algunos autores plantean en su investigación que las adolescentes presentan mayor cantidad de partos distócicos, a predominio de las cesáreas debido a su inmadurez biológica. A diferencia de estos estudios en nuestra investigación se encontró que la principal vía de resolución del embarazo fue el parto 79,7% siendo en el resto la cesárea. Sin embargo un estudio realizado en un centro



especializado sobre medicina materno fetal en México encontró un porcentaje impresionantemente alto (44 %) de cesárea en pacientes adolescentes. Pero en general los porcentajes de cesárea son más bajos en las adolescentes que en la población total^{13, 31}

Al analizar todos los casos estudiados, coincidimos con Varios autores en que la desproporción céfalo-pélvica es la principal causa de cesárea en los embarazos adolescentes 44,4%, esto debido a múltiples causas tanto maternas como fetales principalmente a una inmadurez en el desarrollo de la pelvis materna. Otras causas que registraron en nuestro estudio fueron: Presentación pelviana, Hipertensión inducida por el Embarazo, dilatación estacionaria, ruptura prematura de membrana, oligoamnios severo, embarazo gemelar, condilomatosis, embarazo cronológicamente prolongado y malformaciones fetales.^{6, 31}

Son varios los autores' que destacan la frecuencia de partos distócicos en las adolescentes, debido a su inmadurez biológica, ya que no han alcanzado el completo crecimiento y desarrollo de los órganos del aparato reproductor. Contrario a lo que plantean estos autores el 87,8% de los partos de las embarazadas estudiadas eran Eutócicos, mientras que el 12,2% correspondían a partos distócicos, de los cuales un 55,5% de las distocias eran debidas a Circular Simple de Cordón umbilical, seguida de Circular Doble, Presentación Pelviana y Distocia de rotación en menor porcentaje.^{5, 6}

La frecuencia de anemia e infección del tracto urinario reportada en la mayor parte de las publicaciones es alta en las pacientes adolescentes embarazadas, con cifras que llegan cerca del 22% y 23% respectivamente, sin embargo resultados muy similares se encontraron en nuestro estudio al hablar de infección urinaria ya que 19,7% padecieron esta patología siendo la más frecuente, quedando en segundo lugar la hipertensión inducida por el embarazo con 7,9%, en contraste se encontraron pocos casos de anemia, cerca del 3,2%. Es necesario resaltar el alto porcentaje



(53,3%) de pacientes que no presentaron complicaciones, esto se pudiera explicar por el alto índice de madres adolescentes que no acudieron al control prenatal quedando un subregistro de morbilidad materna importante.^{1, 5, 6, 13}

En nuestra investigación el 5,2% de las adolescentes presentaron desgarros al igual que otros autores, esta complicación esta asociada principalmente por la condición de inmadurez biológica de estas jóvenes manifestada por estrechez del canal blando del parto, así mismo, se presentó en 2,9% de los casos retención de restos post parto, 0,4% infecciones y 0,9% otras complicaciones, siendo la más frecuente el Hematoma de Herida operatoria.^{6, 13}

Una serie de estudios realizados en poblaciones de similares características, demuestran que el riesgo de parto prematuro y el bajo peso al nacer es mayor en las adolescentes embarazadas. En nuestro estudio al igual que otros estudios, la complicación que más se observó fue la Prematurez en 4,1%, seguido de recién nacidos de bajo peso con un 3.1% y encontrándose 3,1% de otras complicaciones, siendo la más frecuente el Cefalohematoma patología asociada a trauma obstétrico.^{6,}



CONCLUSIONES

De acuerdo a los objetivos planteados podemos concluir que:

Se determinó una incidencia de 33,2% de partos de madres adolescentes en el período 2003 – 2007.

En cuanto a las características personales de las adolescentes: el intervalo de edad fue de 15 a 16 años, el grado de escolaridad más frecuente fue Secundaria, la mayoría eran solteras y eran de procedencia Urbana.

Con respecto a las características obstétricas: El promedio de la edad de Menarquia fue de 12 años con mínimo y máximo de 8 y 15 años respectivamente, la edad de inicio de relaciones sexuales se concentró en el intervalo de 14-16 años, la mayoría eran Primigestas y habían tenido una sola pareja sexual hasta el momento de su embarazo, de igual forma no se habían realizado citología ni habían utilizado algún tipo de método anticonceptivo.

La mayoría de las embarazadas no se controlaron el Embarazo.

La vía de resolución del embarazo más frecuente fue el parto, quedando en segundo lugar la cesárea, siendo la causa más habitual de ésta la desproporción Céfalopélvica.

El tipo de parto realizado a las adolescentes del estudio fue el parto eutócico simple, en segundo lugar el distócico, siendo la distocia más frecuente la circular simple de cordón umbilical.



La mayoría de las adolescentes de nuestro estudio no presentaron complicaciones durante el embarazo. En los casos en que si se presentaron complicaciones la más frecuente fue la infección urinaria.

De igual forma durante el puerperio inmediato, la mayoría no presentó complicaciones y de las pocas que si presentaron, la más frecuente fue desgarros del canal blando del parto. En lo que respecta a los Recién nacidos la mayoría no presentó complicaciones, siendo para el resto la complicación más frecuente la prematurez.



BIBLIOGRAFÍA

- 1) Magnelli, A. 2001. Obstetricia y Ginecología contemporánea. Edit. Arte. 1ª ed. Caracas, Venezuela. Cap 37: 593-606.
- 2) Ministerio de salud y desarrollo social. 2003. Lineamientos estratégicos para la promoción y el desarrollo de la salud integral de las y los adolescentes en Venezuela Tomo 1. [En línea]. Disponible: http://www.ops-oms.org.ve/bvs/text-electronicos/adolec/Libro_adole_OPSP.pdf [Diciembre 2007].
- 3) Issler, J. 2001. Embarazo en la adolescencia. Rev. de postgrado de la cátedra vía medicina. 107:11-23.
- 4) Organización Internacional del Trabajo. 1998. Jóvenes, formación y empleo. [En línea]. Disponible: <http://www.cinterfor.org.uy/public/spanish/region/ampro/cinterfor/temas/youth/doc/not/libro59/i/index.htm> [Diciembre 2007].
- 5) Molina, L. 2006. Embarazo en Adolescentes. [En línea]. Disponible: <http://fegs.msinfo.info/fegs/archivos/pdf/EEA.PDF> [Febrero 2008].
- 6) Díaz, A., Sanhueza, P., Yaksic, N. 2002. Riesgos obstétricos en el embarazo adolescente: Estudio comparativo de resultados obstétricos y perinatales con pacientes embarazadas adultas. Rev. chil. obstet. ginecol. [En línea]. 67 (6): 481-487. Disponible: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-75262002000600009&script=sci_arttext [Febrero 2008].



- 7) Pomata, J., García, H., Otheguy, L., Aspres, N., Fernández, T. 1997. Adolescencia y embarazo. Rev. Hosp. Mat. Inf. Ramón Sardá, 16 (2): 52-56.
- 8) Centro Latinoamericano de Salud y Mujer. 2004. 26 de septiembre, Día Mundial de Prevención del Embarazo Adolescente. [En línea]. Disponible: http://www.celsam.org/home/articulos.asp?cve_articulo=39 [Febrero 2008]
- 9) Wechsler, D. 2000. Embarazo en Adolescentes. [En línea]. Disponible: <http://adolescentesembarazadas.wordpress.com/embarazo-en-adolescentes/> [Enero 2008]
- 10) Anónimo. 2006. El embarazo adolescente. [En línea]. Disponible: <http://platica.eihu.edu.uy/Tercero/bio/El%20Embarazo%20Adolescente.doc> [Febrero 2008]
- 11) United Nations population fund. 2003. El estado de la población mundial 2003: asignar prioridad a los adolescentes. [En línea]. Disponible: <http://www.unfpa.org/swp/2003/espanol/ch1/index.htm> [Enero 2008]
- 12) UNICEF. 2007. Maternidad adolescente en América Latina y el Caribe Tendencias, problemas y desafíos. Rev. Desafíos Boletín de la infancia y adolescencia sobre el avance de los objetivos de desarrollo del milenio. [En línea]. (4): 1-12. Disponible: http://www.cepal.org.ar/dds/noticias/desafios/1/27871/desafios_4_esp_Final.pdf [Febrero 2008]
- 13) **Vázquez, A., Pérez, L., Guerra, C., Almirail, A., Chávez, F. 1998.** Morbilidad y mortalidad perinatal en el embarazo precoz. Rev. Cub. **obstet. ginecol.**24 (3): 48-52
- 14) González, A., Molina, G. 2007. Características de la maternidad adolescente de madres a hijas. Rev. chil. obstet. ginecol. 72 (6): 374-382.



- 15) Fleitas, R. 1999. Panorama de Realidad Cubana. La maternidad adolescente en cuba. [En línea]. Disponible: http://www.unb.br/cea_m/nescuba/artigos/pano104.htm#autor [Febrero 2008]
- 16) Maynard, R. 1997. Kids Having Kids: Economic Costs and Social Consequences of Teen Pregnancy. *Journal of Policy Analysis and Management*. 18 (3): 503-505.
- 17) Camacho, A. 2000. Perfil de salud sexual y reproductiva de los y las adolescentes y jóvenes de América Latina y el Caribe: Revisión bibliográfica, 1988-1998. Serie OPS/FNUAP. [En línea]. (1): 1-69. Disponible: <http://www.paho.org/Spanish/HPP/HPF/ADOL/SSRA.pdf> [Febrero 2008]
- 18) Weiss, D. 2006. Planned Parenthood[®] Federation of America, Inc., Publicado por la Biblioteca Katharine Dexter McCormick. [En línea]. Disponible: <http://www.plannedparenthood.org/files/PPFA/informe-embarazo-adolescentes.pdf> [Febrero 2008]
- 19) Vázquez, L. 1997. Frecuencia de embarazos en la población adolescente de la provincial de Puerto plata. República dominicana. *Rev. med.* 58 (3):30-2.
- 20) Salinas, A., 2003. National center for health statistics. Births: final data for 2002. national vital statistics reports. [En línea]. Disponible: http://www.elportaldelasalud.com/index.php?option=com_content&task=view&id=206&Itemid=1 [Enero del 2008]
- 21) Vázquez, A., De la Cruz, F., Almirail, A., 1995. Repercusión materna del embarazo precoz. *Rev Cub. Obstet. Ginecol.* [En línea]. 21 (1) Disponible: http://bvs.sld.cu/revistas/gin/vol21_1_95/gin06195.htm. [Febrero 2008]



- 22) Anónimo. 2005. Maternidad Precoz. [En línea] Disponible <http://www.caveguias.com.ve/guiadetalle.asp?id=158025&pSum=26&pCat=7> [Febrero 2008]
- 23) Risquez, J. Adolescencia y embarazo. Cap. Sociedad Venezolana de Puericultura y Pediatría. 1-13. [En línea]. Disponible: <http://www.dynabizvenezuela.com/images/dynabiz/ID3749/siteinfo/ACF91.pdf>. [Marzo 2008]
- 24) Carugno, J. 1998. Adolescentes embarazadas. Un estudio epidemiológico. XIV Jornada nacional de obstetricia y ginecología. Rev. Obstet. Ginecol. Venez. 61 (3): 153 – 156. [En línea]. Disponible: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S004877322001000300003&lng=es&nrm=iso [Marzo 2008]
- 25) Organización Panamericana de la Salud. 2005. Centro Latinoamericano de Perinatología. Salud de la Mujer y Reproductiva. Embarazo Adolescente. [En línea]. Disponible en: http://www.clap.opsoms.org/web_2005/estadisticas%20de%20la%20region/textos/e35%206-8%20Embarazo%20Adolescente.htm [Julio 2008]
- 26) Ruoti, M., Ruoti A., et al. 1997. Adolescentes Embarazadas: características y riesgos. Rev Cubana Obstet Ginecol. 1997; 23 (1):13-17. [En línea]. Disponible: http://bvs.sld.cu/revistas/gin/vol23_1_97/gin03197.htm [Julio 2008]
- 27) Elster, A., Lamb M., et al. 1987. The medical and psychosocial impact of a comprehensive care on adolescent pregnancy and parenthood. JAMA. 258 (9):1187-92. [En línea]. Disponible: <http://www.popline.org/docs/0813/044218.html> [Julio 2008]



- 28) Villaseca P. 1997. La embarazada y la madre adolescente: aspectos biomédicos. Sexualidad y embarazo en adolescentes. Rev Cubana Obstet Ginecol. 23 (1):13-17. [En línea]. Disponible: http://bvs.sld.cu/revistas/gin/vol23_1_97/gin03197.htm [Julio 2008].
- 29) Ávila, E. 2002. Aspectos psicosociales del Embarazo en la Adolescencia. Rev Cub. Ped. 174 (4): 1-12. [En línea] Disponible: http://bvs.sld.cu/revistas/ped/vol74_4_02/ped08402.htm [Julio 2008]
- 30) Guerrero, C. 2002. Aplicación de cytobrush en pacientes adolescentes. Rev Cubana Obstet Ginecol. 28 (3). [En línea] Disponible: http://www.bvs.sld.cu/revistas/gin/vol28_3_02/gin06302.htm [Julio 2008]
- 31) Vigil, P., Arias, T., Lezcano, G., *et al.* 2007. Embarazo en adolescentes en la República de Panamá. Rev Obstet Ginecol Venez. [En línea]. 67 (2): 73-77. Disponible: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S004877322007000200002&lng=es&nrm=iso [Julio 2008]



**FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS PARA DETERMINAR LOS
FACTORES CLÍNICO - EPIDEMIOLÓGICOS ASOCIADOS AL
EMBARAZO ADOLESCENTE EN EL HOSPITAL
“Raúl Leoni Otero”, PERÍODO 2003 – 2007**

Historia N°:

Características Personales:

- 1) Edad _____
- 2) Edo Civil _____
- 3) Procedencia:
 - a. Urbana _____
 - b. Rural _____
- 4) Escolaridad
 - a. Primaria _____
 - b. Secundaria _____
 - c. Preuniversitario _____
 - d. Analfabeta _____

Características Obstétricas de las Adolescentes

- 1) Edad de la Menarquia _____
- 2) 1ra Relación Sexual _____
- 3) Número de Gestas _____
- 4) N° de parejas sexuales _____
- 5) Citología:
Si (resultado) _____
No _____
- 6) Método Anticonceptivo:
Si _____
No _____

Control Prenatal:

Si _____



No__

Vía de resolución del Embarazo:

- 1) Parto ____
- 2) Cesárea ____

Tipo de Parto:

- 1) Eutócico ____
- 2) Distócico ____
- 3) Instrumental ____

Complicaciones Médicas en el Embarazo

- 1) Hipertensión Inducida por el embarazo ____
- 2) Anemia ____
- 3) Infección Urinaria ____
- 4) Amenaza de Aborto ____
- 5) Amenaza de Parto Pretérmino ____
- 6) Ruptura prematura de Membrana ____
- 7) Leucorrea ____
- 8) Otras _____ 9) Ninguna ____

Complicaciones durante el puerperio Inmediato

- 1) Infecciones ____
- 2) Retención de restos post- parto ____
- 3) Desgarros ____
- 4) Otros _____ 5) Ninguna ____

Complicaciones del Recién Nacido

- 1) Prematurez: ____
- 2) Bajo Peso ____
- 3) Infecciones ____
- 4) Distrés Respiratorio ____
- 5) Mortalidad _____
- 6) Otros _____ 8) Ninguna ____