



ESCUELA SUPERIOR POLITÉCNICA DE CHIMBORAZO
FACULTAD DE SALUD PÚBLICA
ESCUELA DE MEDICINA

**“EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA Y SUS COMPLICACIONES
CLÍNICO-QUIRÚRGICAS HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL DE
LATACUNGA. SEPTIEMBRE 2009- MARZO 2010”**

TESIS DE GRADO

Previa a la obtención del título de:

MÉDICO GENERAL

Por: Juan José Guachamín Avalos

RIOBAMBA-ECUADOR

2010

CERTIFICACIÓN

Quienes suscribimos la presente, CERTIFICAMOS que la Tesis de Grado “EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA Y SUS COMPLICACIONES CLÍNICO – QUIRÚRGICAS HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL DE LATACUNGA. SEPTIEMBRE 2009 - MARZO 2010”, elaborado por el Sr. Juan José Guachamín Avalos, fue presentado y defendido previo a la obtención del Título de Médico General ante el Tribunal designado por el Consejo Directivo de la Facultad de Salud Pública de la Escuela Superior Politécnica de Chimborazo.

PRESIDENTE

Dr. Lino Rojas

DIRECTOR

Dr. Ramiro Estévez

MIEMBRO

Dr. Jorge Lara

RESUMEN

El presente trabajo es una investigación para determinar el embarazo en las adolescentes y complicaciones clínico-quirúrgicas en el Hospital Provincial General de Latacunga.

Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo, de secuencia transversal, de 415 historias clínicas la recolección de datos se efectuó por medio de una ficha estructurada, y su tabulación con el Programa Microsoft Excel 2007 y Epi Info 2000.

Se obtuvieron los siguientes resultados de 2400 eventos obstétricos atendidos durante el período de estudio 415 fueron embarazos en adolescentes determinando un 17,29%.

El 40% de adolescentes embarazadas presentaron su menarquia a los 13 años; el 92% son nulíparas; parto clínico múltiparas el 79%; grado de escolaridad el 72% de adolescentes tenían secundaria completa. El 43% corresponde a las edades de 17 a 18 años; El 94% nivel socio-económico regular; el 61% proviene del sector urbano; el 48% vive en unión libre; el 83% recibió un tratamiento clínico (parto eutócico). El 96% hospitalización de 1 a 5 días; complicaciones obstétricas, aborto incompleto 19%, y desproporción cefalopélvica 19%, amenaza de parto prematuro 12%, infección de vías urinarias 12% y presentación fetal distócica 12%; preeclampsia 8%, expulsivo prolongado 5%, aborto diferido 4%, embarazo ectópico 3% y mortalidad fetal 3%; hipertensión inducida por el embarazo 2%; eclampsia 1%.

Los factores asociados a embarazo en adolescentes tienen una implicación socio-económica y cultural.

Se recomienda capacitar al personal de salud para mejorar la atención y controles médicos más adecuados.

SUMMARY

This research was carried out to determine the pregnancy in teenagers and its medical- surgical complications in Hospital Provincial General de Latacunga.

A descriptive, retrospective and transversal study about 415 medical records was done. The data collection was carried out by means of a structured card and its tabulation by using Microsoft Excel 2007 and Epi Info 2000 programs.

The following results were gotten: 2400 delivery events assisted during the study period, 415 were teenagers' pregnancy which means 17, 29%.

40% of the pregnant teenagers had their menarche when they were 13 years old; 92% of these teenagers are nuliparas; multiparas medical delivery 79%; education level 72%, they have already finished high school; 43% of these girls are between 17 and 18 years old; 94% of their social-economical level is regular; 61% of these ones come from urban areas; 48% of these aren't married but they live with their couples; 83% got a medical treatment (uncomplicated delivery); 96% of hospitalization from 1 to 5 days; obstetric complications; incomplete miscarriage 19% and cephalo-pelvic disproportion 19%; preterm labor 12%, urinary tract infection 12% and dystocia fetal presentation 12%; preeclampsia 8%; prolonged expulsive 5%; differed miscarriage 4%; ectopic pregnancy 3% and fetal mortality 3%; hypertension caused by pregnancy 2%; eclampsia 1%.

The facts related to pregnancy in teenagers have a social-economical and cultural relationship.

It is recommended to train the health staff to improve the attention so that medical controls get better.

AGRADECIMIENTO

A Dios que me ha dado la fortaleza suficiente para poder culminar mi carrera.

A mis padres Juan Guachamín Ortiz e Inés Avalos Logroño por su apoyo a pesar de todo.

A mi único y gran hermano Andrés que fue un soporte fundamental en los momentos difíciles de mi carrera.

A mis familiares que estuvieron pendientes de mis logros.

A mis maestros por compartirme sus conocimientos, y fundamentalmente sus lecciones de vida, especial mención para los Doctores: Ramiro Estévez, Jorge Lara, Bolívar Serrano.

DEDICATORIA

A la memoria del Dr. César Avalos Logroño y de mis abuelitos paternos y maternos seres extraordinarios, inspiradores y responsables de lo que ahora soy.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

	Pag
I. INTRODUCCION	
.....	1
II. OBJETIVOS	
.....	4
General	
.....	4
Específicos	
.....	4
III. MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL	
.....	5
IV. METODOLOGÍA	
.....	31
Localización y Temporalización	
.....	31
Variables	
.....	31
Definición	
.....	31
Identificación	
.....	31
Operacionalización	
.....	34
Tipo y diseño de estudio	
.....	37

Población, muestra o grupos de estudio	37
Descripción de procedimientos	37
V. RESULTADOS Y DISCUSIÓN	38
VI. CONCLUSIONES	58
VII. RECOMENDACIONES	59
VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	60
IX. ANEXOS	66

I. INTRODUCCIÓN

El embarazo y la maternidad de adolescentes son hechos más frecuentes que lo que la sociedad quisiera aceptar; son experiencias difíciles que afectan la salud integral tanto de los padres adolescentes como la de sus hijos, familiares y de la sociedad en sí.

Las cifras de embarazos en la adolescencia no son exactas, ya que se establecen principalmente de los registros de hospitales y centros de salud que excluyen a quienes no solicitan sus servicios; sin embargo se han realizado aproximaciones. Así, por ejemplo, Klein (1980) menciona que cada año más de un millón de adolescentes en el mundo se embaraza; 30,000 son menores de 15 años y en su mayoría son embarazos no planeados (1). La Organización Panamericana de la Salud, OPS (1988) reporta que según la Encuesta Nacional Demográfica en México, 12.1% de nacimientos en 1982 fueron de madres entre 15 y 19 años y que en 1985, 33.5% de la población femenina entre 15 y 24 años de edad, falleció por complicaciones de embarazo, parto y puerperio. (2)

En el 2001 el 14.9 % de los nacimientos registrados en México fueron realizados por mujeres menores de 20 años de edad, y de estas, solo el 17,1% son económicamente activas. (3)

En el país el porcentaje de adolescentes embarazadas está ubicado en 16%.

Teniendo como antecedente que en la provincia de Cotopaxi, ciudad Latacunga no existe ningún estudio referente a este ámbito que afecta a las adolescentes.

Los embarazos en adolescentes, en la mayor parte del mundo, son el resultado directo de la condición inferior de la mujer cuyo papel en la sociedad está devaluado. Sabemos que es característica de todas las sociedades que la mujer tenga menos acceso o ejerza menos control de los recursos de valor que el hombre; por ejemplo, en los países en vías de desarrollo, generalmente a ellas se les niega la educación y las habilidades para competir. Así, la maternidad se presenta como el único modo de alcanzar un lugar en la sociedad. (5)

Por tanto, muchas adolescentes de comunidades pobres y reprimidas, que poseen pocas oportunidades para educarse y mejorar económicamente, con frecuencia ven la maternidad como una forma de aumentar su propio valor y poseer algo.

Se ha comprobado que conforme aumenta el nivel económico son mayores las opciones. Las principales son el aborto, la adopción, tener soltera al hijo o casarse. La decisión que ella tome depende del apoyo de su pareja, su familia y la sociedad. En caso de optar por tener al hijo, se presentan varias consecuencias, dependiendo de si la chica va a ser madre soltera o va a casarse.

Si la mujer se casa, en muchos casos la pareja adolescente no puede establecer un hogar independiente por penurias económicas, y si la joven permanece soltera, continúa el embarazo con grandes carencias y dificultades, el grado de esto depende de si encuentra el apoyo de su familia, generalmente se vive un ambiente familiar y social de rechazo por no estar casada, y se crea una mayor dependencia económica y afectiva, en donde el apoyo familiar se condiciona a la aceptación de circunstancias que obstaculizan su desarrollo personal e incrementan las razones por las que se embarazó, y con ello la posibilidad de repetirlo. (6)

Como ya se comentó, una madre adolescente es causa posible del embarazo de su futura hija adolescente, ya que existe la reincidencia generacional de embarazos adolescentes.

En el presente trabajo se identificará las causas para que se produzca el embarazo en las adolescentes y la frecuencia de la misma con la finalidad de llegar a conocer métodos de prevención y mejorar la calidad de atención.

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.

El objetivo de la presente investigación fue caracterizar las complicaciones clínico-quirúrgicas en adolescentes embarazadas para de esa manera sistematizar información útil, proporcionar

ideas o generar preguntas que podrán ser desarrolladas de manera más amplia, profundizando en el conocimiento.

El conocimiento de los diferentes factores que causan embarazo en adolescentes en el servicio de Gineco- Obstetricia del Hospital Provincial General de Latacunga, nos permitirá incidir de forma positiva en dichas causas que permiten el apareamiento de estas complicaciones en las pacientes en gestación, contribuyendo en la consecuente disminución de morbi-mortalidad no solo del servicio sino de la Provincia.

PREGUNTA INVESTIGATIVA

¿Cuáles son las complicaciones clínico-quirúrgicas de las pacientes adolescentes atendidas en el Hospital Provincial General de Latacunga. 2010?

II. OBJETIVOS

A. GENERAL

Determinar las complicaciones clínico-quirúrgicas del Embarazo en Adolescentes atendidas en el Hospital Provincial General de Latacunga.2010.

B. ESPECÍFICOS

1. Determinar la incidencia de embarazos en las adolescentes
2. Establecer los antecedentes gineco-obstétricos
3. Establecer los factores socioeconómicos del grupo de estudio
4. Determinar el tipo de tratamiento y tiempo de hospitalización
5. Identificar las principales complicaciones obstétricas

III. MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL

1. CONCEPTOS GENERALES SOBRE ADOLESCENCIA

La OMS define como adolescencia al "período de la vida en el cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida la independencia socio - económica" y fija sus límites entre los 10 y 20 años.(7)

Es considerada como un periodo de la vida libre de problemas de salud pero, desde el punto de vista de los cuidados de la salud reproductiva, el adolescente es, en muchos aspectos, un caso especial.(8)

En muchos países, los adolescentes llegan a representar del 20 al 25% de su población. En 1980 en el mundo habían 856 millones de adolescentes y se estima que en el 2005 llegarán a 1,1 millones. La actividad sexual de los adolescentes va en aumento en todo el mundo, incrementando la incidencia de partos en mujeres menores de 20 años. (8)

Por los matices según las diferentes edades, a la adolescencia se la puede dividir en tres etapas:(10)

1.1 Adolescencia Temprana (10 a 13 años)

Biológicamente, es el periodo peripuberal, con grandes cambios corporales y funcionales como la menarquia.

Psicológicamente el adolescente comienza a perder interés por los padres e inicia amistades básicamente con individuos del mismo sexo.

Intelectualmente aumentan sus habilidades cognitivas y sus fantasías; no controla sus impulsos y se plantea metas vocacionales irreales.

Personalmente se preocupa mucho por sus cambios corporales con grandes incertidumbres por su apariencia física. (10)

1.2 Adolescencia media (14 a 16 años)

Es la adolescencia propiamente dicha; cuando ha completado prácticamente su crecimiento y desarrollo somático.

Psicológicamente es el período de máxima relación con sus pares, compartiendo valores propios y conflictos con sus padres.

Para muchos, es la edad promedio de inicio de experiencia y actividad sexual; se sienten invulnerables y asumen conductas omnipotentes casi siempre generadoras de riesgo. Muy preocupados por apariencia física, pretenden poseer un cuerpo más atractivo y se manifiestan fascinados con la moda.(10)

1.3 Adolescencia tardía (17 a 19 años)

Casi no se presentan cambios físicos y aceptan su imagen corporal; se acercan nuevamente a sus padres y sus valores presentan una perspectiva más adulta; adquieren mayor importancia las relaciones íntimas y el grupo de pares va perdiendo jerarquía; desarrollan su propio sistema de valores con metas vocacionales reales.(10)

Es importante conocer las características de estas etapas de la adolescencia, por las que todos pasan con sus variaciones individuales y culturales, para interpretar actitudes y comprender a los adolescentes especialmente durante un embarazo sabiendo que: "una adolescente que se embaraza se comportará como corresponde al momento de la vida que está transitando, sin madurar a etapas posteriores por el simple hecho de estar embarazada; son adolescentes embarazadas y no embarazadas muy jóvenes".(10,11)

2. EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA

Se lo define como: "el que ocurre dentro de los dos años de edad ginecológica, entendiéndose por tal al tiempo transcurrido desde la menarquia, y/o cuando la adolescente es aún dependiente de su núcleo familiar de origen".(11)

La "tasa de fecundidad adolescente (TFA)" ha ido disminuyendo desde los años 50 pero en forma menos marcada que la "tasa de fecundidad general (TFG)", condicionando un aumento en el porcentaje de hijos de madres adolescentes sobre el total de nacimientos. En 1958 era del 11,2%; en 1980 del 13,3%; en 1990 del 14,2%; en 2000 del 15%. Este último porcentaje se traduce en 120.000 nacidos vivos de mujeres menores de 20 años.(4,6)

La fecundidad adolescente es más alta en países en desarrollo y entre clases sociales menos favorecidas, haciendo pensar que se trata de un fenómeno transitorio porque, de mejorarse las condiciones, ella podría descender.(12)

Para otros investigadores, la disminución de las tasas de fecundidad adolescente está cada vez más lejos, ya que el deterioro de las condiciones socioeconómicas globales hace que se dude sobre la posibilidad de que la mayoría de los países realicen mayores inversiones en sus sistemas educacionales y de salud, para alcanzar la cobertura que el problema demanda.(12)

EE.UU es el país industrializado con mayor tasa de embarazadas adolescentes, con una tasa estable del 11,1% en la década de los '80. (4)

Canadá, España, Francia, Reino Unido y Suecia, han presentado un acusado descenso de embarazos en adolescentes, coincidiendo con el aumento en el uso de los contraceptivos.(12)

En España, en 1950, la tasa de recién nacidos de madres entre 15 y 19 años era del 7,45/1000 mujeres; en 1965 llegaba al 9,53; en 1975 alcanzaba el 21,72, para llegar al 27,14 en 1979. Descendió, en 1980, al 18/1.000 mujeres y al 11 en 1991. Los últimos datos hablan de un 35,49/1000 mujeres en 1993, descendiendo al 32,98 en 1995 y al 30,81 en 2002. (12)

Según el Ministerio de Sanidad y Consumo español, el 12% de las jóvenes con edades entre 14 y 15 años, han mantenido relaciones sexuales alguna vez, lo que significa 160.000 en números absolutos, previéndose que alcanzarán 400.000. Deben tenerse en cuenta, además

de los nacimientos de madres adolescentes y el porcentaje de adolescentes sexualmente activas, los más de 6.000 abortos ocurridos en mujeres entre los 14 y 19 años por lo que, el supuesto descenso de la tasa de embarazadas adolescentes, no lo fue tanto.(12)

En España, a partir de los años '80, se ha registrado un incremento en el uso de contraceptivos y preservativos comercializándose, en 1995, unos 40 millones de preservativos, equivalente a la media más alta de los países de la Comunidad Europea (3,5 preservativos por habitante). Actualmente es imposible conocer el número de adolescentes que abortan. Sólo 2/3 de los embarazos de adolescentes llegan al nacimiento de un hijo; de los nacidos, un 4% son dados en adopción y un 50% permanecen en hogar de madre soltera. Un 8% de las adolescentes embarazadas abortan y un 33% permanece soltera durante el embarazo. (13)

En nuestro país no es esa la tendencia, con una mayoría importante que se mantiene soltera, en la que prevalece la "unión estable", aunque la incidencia del aborto en las adolescentes no ofrezca credibilidad razonable por el importante subregistro que podría llegar a un aborto registrado por otro no registrado. (13)

Ya se dijo que la proporción de jóvenes que han iniciado relaciones sexuales va en aumento y que la edad de inicio está disminuyendo, pero la capacidad para evitar el embarazo no acompaña a este comportamiento. (13)

En Buenos Aires, en una encuesta realizada a una población estudiantil en 1995, se observó que la edad promedio de inicio de relaciones sexuales, fue de 14,9 años para varones y 15,7 años para mujeres, variando la proporción según el tipo de escuela a la que asistían (religiosas, laicas, laicas de sectores populares). El 95% de los adolescentes de la encuesta manifestó tener información sobre cómo evitar el embarazo. Un 70% de los que mantenían relaciones sexuales utilizaban algún método efectivo para evitar el embarazo en la primera relación, disminuyendo ese porcentaje en las siguientes relaciones, siendo el preservativo el método más utilizado. Además, el consenso social sobre la maternidad adolescente se ha ido modificando con los años y los cambios sociales que los acompañan. (13,14)

El embarazo en las adolescentes se ha convertido en seria preocupación para varios sectores sociales desde hacen ya unos 30 años. Para la salud, por la mayor incidencia de resultados desfavorables o por las implicancias del aborto. En lo psicosocial, por las consecuencias adversas que el hecho tiene sobre la adolescente y sus familiares. (13)

Cuando la adolescente se embaraza inicia un complejo proceso de toma de decisiones y, hasta decidirse por uno, aparece siempre el aborto a veces como un supuesto más teórico que real. (13)

En 1985, en EE.UU, el aborto alcanzó el 42%; los matrimonios disminuyeron del 51% al 36%. Hoy, la tendencia es de un aumento de los abortos y disminución de matrimonios, aunque no siempre las decisiones de las adolescentes son conocidas (abortos o adopción). (13)

En España, la cifra del 12% de abortos en general es baja pero la interrupción del embarazo en jóvenes es de las más altas. Los nacimientos en adolescentes descendieron en un 32% en los últimos 4 años, pero los embarazos sólo disminuyeron en un 18%. La diferencia entre las tasas está dada por los abortos. (13,14)

Salvo que el tener un hijo forme parte de un proyecto de vida de una pareja de adolescentes, el embarazo en ellos es considerado como una situación problemática por los sectores involucrados pero, si se considera al embarazo en la adolescente como un "problema", ello limita su análisis. En todo caso, esta "problematización" se aplicaría a algunas subculturas o a algunos estratos sociales, pero no a todos los embarazos en adolescentes. Además, el considerarlo un "problema", exige aplicar terapéuticas que aporten soluciones sin permitir implementar acciones preventivas adecuadas. Por ello es conveniente encuadrarlo dentro del marco de la "salud integral del adolescente". Esto permite abarcar todos los embarazos que ocurran a esta edad; adecuar las acciones preventivas dentro de la promoción de la salud; brindar asistencia integral a cada madre adolescente, a sus hijos y parejas y aportar elementos para el desarrollo de las potencialidades de los adolescentes.(13,14)

Por todo ello, el embarazo en adolescentes necesita un abordaje integral biosicosocial por un equipo interdisciplinario capacitado en la atención de adolescentes y en este aspecto específico de la maternidad - paternidad. (13,14)

3. CONSIDERACIONES PSICOSOCIALES PARA EL AUMENTO DE LOS EMBARAZOS EN ADOLESCENTES

El comportamiento sexual humano es variable y depende de las normas culturales y sociales especialmente en la adolescencia, pudiendo clasificar a las sociedades humanas de la siguiente manera:

a. Sociedad Represiva: niega la sexualidad, considerando al sexo como un área peligrosa en la conducta humana. Considera una virtud la sexualidad inactiva, aceptándola sólo con fines procreativos. Las manifestaciones de la sexualidad pasan a ser fuentes de temor, angustia y culpa, enfatizando y fomentando la castidad prematrimonial. (14)

b. Sociedad Restrictiva: tiene tendencia a limitar la sexualidad, separando tempranamente a los niños por su sexo. Se aconseja la castidad prematrimonial, otorgando al varón cierta libertad. Presenta ambivalencia respecto al sexo, siendo la más común de las sociedades en el mundo. (14)

c. Sociedad Permisiva: tolera ampliamente la sexualidad, con algunas prohibiciones formales (la homosexualidad). Permite las relaciones sexuales entre adolescentes y el sexo prematrimonial. Es un tipo social común en países desarrollados. (14)

d. Sociedad Alentadora: para la cual el sexo es importante y vital para la felicidad, considerando que el inicio precoz del desarrollo de la sexualidad favorece una sana maduración del individuo. La pubertad es celebrada con rituales religiosos y con instrucción sexual formal. La insatisfacción sexual no se tolera y hasta es causal de separación de pareja. Son sociedades frecuentes en África ecuatorial, la Polinesia y algunas islas del Pacífico.(14)

Así se considera que el embarazo en adolescentes es un fenómeno causado por múltiples factores, principalmente de orden psicosocial, ocurriendo en todos los estratos sociales sin tener las mismas características en todos ellos, por lo que importan las siguientes consideraciones: (14)

1. Estratos medio y alto: la mayoría de las adolescentes que quedan embarazada interrumpen la gestación voluntariamente.(15)

2. Estratos más bajos: donde existe mayor tolerancia del medio a la maternidad adolescente, es más común que tengan su hijo.(15)

Conocer los factores predisponentes y determinantes del embarazo en adolescentes, permite detectar las jóvenes en riesgo para así extremar la prevención. Además, las razones que impulsan a una adolescente a continuar el embarazo hasta el nacimiento, pueden ser las mismas que la llevaron a embarazarse.(15)

3.1 Factores predisponentes

1.- Menarquia temprana: otorga madurez reproductiva cuando aún no maneja las situaciones de riesgo.(14,15)

2.- Inicio precoz de relaciones sexuales: cuando aun no existe la madurez emocional necesaria para implementar una adecuada prevención.(15)

3. Familia disfuncional: uniparentales o con conductas promiscuas, que ponen de manifiesto la necesidad de protección de una familia continente, con buen diálogo padres - hijos. Su ausencia genera carencias afectivas que la joven no sabe resolver, impulsándola a relaciones sexuales que tiene mucho más de sometimiento para recibir afecto, que genuino vínculo de amor.(15)

4.- Mayor tolerancia del medio a la maternidad adolescente y / o sola.

5.- Bajo nivel educativo: con desinterés general. Cuando hay un proyecto de vida que prioriza alcanzar un determinado nivel educativo y posponer la maternidad para la edad adulta, es más probable que la joven, aún teniendo relaciones sexuales, adopte una prevención efectiva del embarazo. (15)

6.- Migraciones recientes: con pérdida del vínculo familiar. Ocurre con el traslado de las jóvenes a las ciudades en busca de trabajo y aún con motivo de estudios superiores.

7.- Pensamientos mágicos: propios de esta etapa de la vida, que las lleva a creer que no se embarazarán porque no lo desean.(14,15)

8.- Fantasías de esterilidad: comienzan sus relaciones sexuales sin cuidados y, como no se embarazan por casualidad, piensan que son estériles.

9.- Falta o distorsión de la información: es común que entre adolescentes circulen "mitos" como: sólo se embaraza si tiene orgasmo, o cuando se es más grande, o cuando lo hace con la menstruación, o cuando no hay penetración completa, etc.(15)

10.- Controversias entre su sistema de valores y el de sus padres: cuando en la familia hay una severa censura hacia las relaciones sexuales entre adolescentes, muchas veces los jóvenes las tienen por rebeldía y, a la vez, como una forma de negarse a sí mismos que tiene relaciones no implementan medidas anticonceptivas.(13)

11. - Aumento en número de adolescentes: alcanzando el 50% de la población femenina.

12. - Factores socioculturales: la evidencia del cambio de costumbres derivado de una nueva libertad sexual, que se da por igual en los diferentes niveles socioeconómicos.(13,14,15)

3.2 Factores determinantes

1. Relaciones sin anticoncepción

2. Abuso Sexual

3. Violación(16)

3.3 Abuso sexual en adolescentes

Un volumen nada despreciable de embarazos en adolescentes son producto de violación. Bajo la denominación de abuso sexual se incluyen: abuso deshonesto, el coito forzado y, en algunos países, el coito entre un adulto y una menor de 12 años. Por lo general la coherción es psicológica o engañosa. En este tema se incluye también el abuso físico psicológico, denominado maltrato infanto - juvenil.(30)

Los informes policiales y forenses de Chile, Honduras, Nicaragua y Ecuador, aseguran que, entre el 59 y 69% de las violaciones y entre el 43 y 93% de los abusos deshonestos, ocurren en menores de 20 años.(30)

Las encuestas escolares en Chile, Costa Rica y Panamá se encontró que, entre el 6,1 y 40% de las adolescentes entre 16 y 19 años, sufrieron al menos un abuso sexual. En EE.UU. en 1987, las encuestas informan que los coitos forzados llegan al 74% en menores de 14 años y al 60% entre 15 y 19 años, del total reportado. Otras encuestas escolares en EE.UU. entre 1995 y 1997 informan que, entre 10 y 40% reportan abusos sexuales entre mujeres y entre 4 y 30% en varones. En Canadá, una encuesta escolar en 1996, informa un 23% de abusos sexuales en mujeres y otro, en 1994, informa un 54% de abusos sexuales en menores de 18 años.(30,31)

En EE.UU. en 1998 se comprobó que, entre el 18 y 60% de los embarazos en adolescentes, fueron producidos por violación. En Chile, en la misma época, un 12% de los embarazos en adolescentes eran por violación, con un 99% de embarazos y niños no deseados. En el mismo año, en Costa Rica, el 14% de los embarazos en menores de 14 años, eran producto de violaciones.(30,31)

En Francia, en 1998, una encuesta escolar encontró un 9% de violaciones en mujeres y un 6% en varones, entre el 8º y 12º año de escolaridad. En Inglaterra, en el mismo año, se reportó un 59% de abuso sexual en mujeres y un 27% en varones.(30,31)

Los factores asociados revelan que un 55% de las violaciones de adolescentes son intrafamiliares (padre, padrastro, otros parientes y conocidos de la familia).(30,31)

Un estudio de casos y controles en Chile en 1998, entre embarazadas adolescentes por violación y no violadas, demostró significativas diferencias en las siguientes variables: ser adolescentes menores, de bajo nivel socioeconómico, estudiantes, parejas mayores de 30 años, actitudes negativas al embarazo y al niño, malas relaciones con los padres, mayor morbilidad en embarazo y parto, APGAR bajo del RN, menor aceptación de anticoncepción, 2,5 veces más mortalidad del niño a los 5 años. Otro estudio comparativo entre adolescentes embarazadas por violación intrafamiliar y extrafamiliar, demostró diferencias significativas en los casos de violación intrafamiliar en las siguientes variables: ser adolescentes más jóvenes y con madres más jóvenes, antecedentes de maltrato físico, presencia de padrastro o conviviente y alcoholismo en padre.(30,31,32)

En EE.UU. dos estudios confirmaron asociación entre adolescentes violadas con mayor número de parejas sexuales e inicio más precoz del coito y menor utilización de anticonceptivos eficaces.(30,31)

3.4 Adolescentes embarazadas

La maternidad es un rol de la edad adulta. Cuando ocurre en el periodo en que la mujer no puede desempeñar adecuadamente ese rol, el proceso se perturba en diferente grado.(16)

Las madres adolescentes pertenecen a sectores sociales más desprotegidos y, en las circunstancias en que ellas crecen, su adolescencia tiene características particulares.(16)

Es habitual que asuman responsabilidades impropias de esta etapa de su vida, reemplazando a sus madres y privadas de actividades propias de su edad, confundiendo su rol dentro del grupo, comportándose como "hija - madre", cuando deberían asumir su propia identidad superando la confusión en que crecieron.(16)

También, en su historia, se encuentran figuras masculinas cambiantes, que no ejercen un rol ordenador ni de afectividad paterna, privándolas de la confianza y seguridad en el sexo opuesto, incluso con el mismo padre biológico.(16,17)

Así, por temor a perder lo que creen tener o en la búsqueda de afecto, se someten a relaciones con parejas que las maltratan.

En otros casos, especialmente en menores de 14 años, el embarazo es la consecuencia del "abuso sexual", en la mayoría de los casos por su padre biológico.(16)

El despertar sexual suele ser precoz y muy importante en sus vidas carentes de otros intereses; con escolaridad pobre; sin proyectos (laborales, de uso del tiempo libre, de estudio); con modelos familiares de iniciación sexual precoz; por estimulación de los medios, inician a muy corta edad sus relaciones sexuales con chicos muy jóvenes, con muy escasa comunicación verbal y predominio del lenguaje corporal. Tienen relaciones sexuales sin protección contra enfermedades de transmisión sexual buscando a través de sus fantasías, el amor que compense sus carencias.(16)

3.5 Actitudes hacia la maternidad

El embarazo en la adolescente es una crisis que se sobre impone a la crisis de la adolescencia. Comprende profundos cambios somáticos y psicosociales con incremento de la emotividad y acentuación de conflictos no resueltos anteriormente.(16)

Generalmente no es planificado, por lo que la adolescente puede adoptar diferentes actitudes que dependerán de su historia personal, del contexto familiar y social pero mayormente de la etapa de la adolescencia en que se encuentre.(16,17)

En la adolescencia temprana, con menos de 14 años, el impacto del embarazo se suma al del desarrollo puberal. Se exageran los temores por los dolores del parto; se preocupan más por sus necesidades personales que no piensan en el embarazo como un hecho que las transformará en madres. Si, como muchas veces ocurre, es un embarazo por abuso sexual, la situación se complica mucho más. Se vuelven muy dependientes de su propia madre, sin lugar para una pareja aunque ella exista realmente. No identifican a su hijo como un ser independiente de ellas y no asumen su crianza, la que queda a cargo de los abuelos.(17)

En la adolescencia media, entre los 14 y 16 años, como ya tiene establecida la identidad del género, el embarazo se relaciona con la expresión del erotismo, manifestado en la vestimenta que suelen usar, exhibiendo su abdomen gestante en el límite del exhibicionismo. Es muy común que "dramaticen" la experiencia corporal y emocional, haciéndola sentirse posesiva del feto, utilizado como "poderoso instrumento" que le afirme su independencia de los padres. Frecuentemente oscilan entre la euforia y la depresión. Temen los dolores del parto pero también temen por la salud del hijo, adoptando actitudes de auto-cuidado hacia su salud y la de su hijo. Con buen apoyo familiar y del equipo de salud podrán desempeñar un rol maternal, siendo muy importante para ellas la presencia de un compañero. Si el padre del bebé la abandona, es frecuente que inmediatamente constituya otra pareja aún durante el embarazo.(17)

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.(17)

La crianza del hijo por lo general no tiene muchos inconvenientes.(17)

En resumen, la actitud de una adolescente embarazada frente a la maternidad y a la crianza de su hijo, estará muy influenciada por la etapa de su vida por la que transita y, si es realmente una adolescente aún, necesitará mucha ayuda del equipo de salud, abordando el tema desde un ángulo interdisciplinario durante todo el proceso, incluso el seguimiento y crianza de su hijo durante sus primeros años de vida.(16,17)

3.6 El padre adolescente

Si la adolescente no está preparada para ser madre, menos lo estará el varón para ser padre especialmente porque, en la cultura en que se da la maternidad adolescente, es muy común que el varón se desligue de su papel y las descendencias pasan a ser criadas y orientadas por mujeres.(17)

Esta exclusión del varón provoca en él sentimiento de aislamiento, agravados por juicios desvalorizadores por parte de su familia o amistades ("con qué lo vas a mantener", "seguro que no es tuyo", etc.) que precipitarán su aislamiento si es que habían dudas.(17)

Al recibir la noticia de su paternidad, el varón se enfrenta a todos sus mandatos personales, sociales y a sus carencias, exacerbándose todo ello por altruismo, lealtad, etc. como también por su dependencia económica y afectiva. Por ello, busca trabajo para mantener su familia, y abandona sus estudios, postergando sus proyectos a largo plazo y confunde los de mediano con los de corto plazo, comenzando a vivir las urgencias. A todo esto se agrega el hecho de que la adolescente embarazada le requiere y demanda su atención, cuando él se encuentra urgido por la necesidad de procuración.(17,18)

En la necesidad de plantearse una independencia frente a su pareja y la familia de ésta, siente que se desdibuja su rol, responsabilizándolo de la situación, objetando su capacidad de "ser padre".(17)

Se enfrenta a carencias por su baja capacitación a esa edad y escolaridad muchas veces insuficiente para acceder a trabajos de buena calidad y bien remunerados. Ello lo obliga a ser "adoptado" como un miembro más (hijo) de su familia política, o ser reubicado en su propia familia como hijo - padre.(18)

Esta situación de indefensión hace confusa la relación con su pareja, por su propia confusión, lo que le genera angustia. Por ello es que el equipo de salud deberá trabajar con el padre adolescente, estimulando su compromiso con la situación, o bien posibilitando una separación que no parezca "huida".(17,18)

3.7 Consecuencias de la maternidad- paternidad adolescente

A las consecuencias biológicas por condiciones desfavorables, se agregan las psicosociales de la maternidad - paternidad en la segunda década de la vida.(18)

3.7.1 Consecuencias para la madre adolescente

Es frecuente el abandono de los estudios al confirmarse el embarazo o al momento de criar al hijo, lo que reduce sus futuras chances de lograr buenos empleos y sus posibilidades de realización personal al no cursar carreras de su elección. También le será muy difícil lograr empleos permanentes con beneficios sociales. (18)

Las parejas adolescentes se caracterizan por ser de menor duración y más inestables, lo que suele magnificarse por la presencia del hijo, ya que muchas se formalizan forzosamente por esa situación.(18)

En estratos sociales de mediano o alto poder adquisitivo, la adolescente embarazada suele ser objeto de discriminación por su grupo de pertenencia.

Las adolescentes que son madres tienden a tener un mayor número de hijos con intervalos intergenésicos más cortos, eternizando el círculo de la pobreza. (18)

3.7.2 Consecuencias para el hijo de la madre adolescente

Tienen un mayor riesgo de bajo peso al nacer, dependiendo de las circunstancias en que se haya desarrollado la gestación. También se ha reportado una mayor incidencia de "muerte súbita".(18,19)

Tienen un mayor riesgo de sufrir abuso físico, negligencia en sus cuidados, desnutrición y retardo del desarrollo físico y emocional.

Muy pocos acceden a beneficios sociales, especialmente para el cuidado de su salud, por su condición de "extramatrimoniales" o porque sus padres no tienen trabajo que cuenten con ellos.(18)

3.7.3 Consecuencias para el padre adolescente

Es frecuente la deserción escolar para absorber la mantención de su familia. También es común que tengan peores trabajos y de menor remuneración que sus padres, sometidos a un stress inadecuado a su edad. En general, todo ello condiciona trastornos emocionales que dificultan el ejercicio de una paternidad feliz.(18)

4. ENFOQUE DE RIESGO PARA LA ATENCION DE LA ADOLESCENTE EMBARAZADA

La primera pregunta a responder es si se considera a las adolescentes gestantes como de alto riesgo obstétrico y perinatal. La segunda pregunta es cómo separar a las adolescentes que son de alto riesgo de las que no lo son. Una tercera pregunta es saber cuáles son esos factores predictores y si son biológicos o psicosociales. La cuarta pregunta es saber si es posible aplicar modelos de atención simples que permitan aplicar los factores predictores de riesgo y concentrar los recursos de mayor complejidad y de mayores costos en las adolescentes más necesitadas.(18,19)

Para aplicar un modelo de atención basado en factores de riesgo obstétrico y perinatal, conviene dividir a las adolescentes embarazadas en 3 grupos: de alto riesgo, de mediano riesgo y de riesgo corriente o no detectable.(18,19)

4.1 Grupo de alto riesgo obstétrico y perinatal

Antecedentes de patología médica obstétrica general importante.

Antecedente de abuso sexual.

Enflaquecimiento (desnutrición).

Estatura de 1,50 m o menor.

Cursando los 2 primeros años de la enseñanza media.

Pareja estudiante, en servicio militar o con trabajo ocasional.(19,22)

4.2 Morbilidad obstétrica en las adolescentes

En Chile (1991-1997), se informó que, la morbilidad de las adolescentes entre 10 y 14 años que necesitó internación, correspondía a accidentes y enfermedades respiratorias y digestivas, representando las causas gestacionales un 4,1% de los egresos. En el grupo de 15 a 19 años, la primera causa de hospitalización fue la gestación, alcanzando el 63,1% de los egresos. La distribución de la morbilidad obstétrica fue semejante a la de las adultas con mayor frecuencia de estados hipertensivos y desproporciones fetopélvicas.(27,28)

Llama la atención el impacto de la desnutrición en las embarazadas adolescentes, llegando a un 19,4% de enflaquecidas al momento del parto y la frecuencia del RN < 2,500 g alcanzó al 15% en ellas, siendo 5 veces superior a la frecuencia de prematuros en adolescentes de nutrición normal. Este fenómeno es mucho más grave en comunidades rurales, notándose un 41,4% de adolescentes de bajo peso al ingreso al control prenatal.(27)

La aplicación de un programa integral para adolescentes embarazadas, impactará sensiblemente en la disminución de la morbilidad obstétrica como puede ser: infecciones urinarias, preeclampsia y eclampsia, tasa de cesáreas (salvo < 15 años). Los RCIU y PEG llegan al 15-18%, superior a las mujeres adultas. No se ha confirmado la mayor frecuencia de malformados en embarazadas adolescentes.(27,28)

En estudios de seguimiento, se comprobó relación entre mayor frecuencia de patologías de salud mental y desestructuración familiar, abandono de pareja y voluntariedad del embarazo, pobreza en la capacidad de expresión, manejo e interpretación de los sentimientos de afectividad. El abandono, en cualquiera de sus formas, lleva a la pérdida de la autoestima a límites de peligrosidad, dificultando la comunicación con la adolescente (especialmente durante el embarazo).(27,28)

4.3 Mortalidad materna en adolescentes

En muchos países en desarrollo es francamente más alta.

En América Latina, la mortalidad materna total y la específica por edades, ha disminuido en casi todos los países y, en alguno de ellos, ya no puede ser utilizada como indicador para evaluar el impacto de programas utilizándose la auditoría de casos para el análisis de la calidad de atención en accidentes obstétricos y perinatales.(26,27)

La prevención de la mortalidad materna en adolescentes se basa en la detección precoz de los grupos de mayor riesgo, y adecuado tratamiento de la morbilidad obstétrica y perinatal, optimizando los recursos. De esta manera, los riesgos de enfermar y morir, no serán un problema de la edad cronológica, sino de la calidad, cobertura y accesibilidad de los servicios de salud para las madres adolescentes.(27)

Para la disminución de la mortalidad materna en la adolescencia, se inicia con la Atención Primaria de la salud, a través de la Educación Sexual y Anticoncepción como herramientas de la Promoción para la Salud, todo ello enmarcado en un programa de Educación, Promoción y Protección para la Salud de la Adolescente, como política de salud teniendo en cuenta que los jóvenes aún carecen de representación gremial y política que defiendan sus derechos, pasando a ser una baja prioridad en algunas sociedades. El análisis de factores de riesgo, se resume a informes intrahospitalarios que muestran algunos aspectos del riesgo, generalmente asociados a algunas patologías y no con criterio predictivo aplicado desde la Atención Primaria de la Salud.(27)

4.4 Grupo de mediano riesgo obstétrico y perinatal

Menarquia a los 11 años o menos.

Actitud negativa o indiferente al inicio del embarazo.

Ser la mayor de los hermanos.(20)

ALTO RIESGO- MEDIANO RIESGO

CONDICIONES INDISPENSABLES

Ingresar a 1° nivel	Atención sólo en 1° nivel con parto hospitalario por profesionales	Atención combinada entre 1° y 2° nivel senormas
Referencia inmediata a 2° nivel		Mayor concentración
Estricta coordinación entre diferentes niveles		Actividad 1° nivel

4.5 Grupo de riesgo obstétrico y perinatal corriente o no detectable

Incorpora a todas las demás adolescentes hasta la edad que determine el programa. Poseen diferentes normas de control prenatal, en base a nivel de complejidad de la atención.(20)

Actualmente no se considera el grupo de mediano riesgo. El factor "actitud negativa" de la adolescente al inicio del embarazo, pasó al grupo de alto riesgo y los otros 2 factores pasaron al grupo de riesgo corriente o no detectable.(19,20)

La aplicación de un programa de estas características en CAPS del norte de la ciudad de Santiago de Chile, ha permitido descender la tasa de mortalidad materna a casi 0 en adolescentes y la de partos pretérmino igualarlos prácticamente a la de la población de adultas (7 a 8% en Chile).(20)

RIESGO CORRIENTE O NO DETECTABLE

Cuadro N° 1. Periodo fetal e infantil (desde inicio de vida fetal hasta comienzo pubertad)

Actividades	Prevención primaria	Prevención Secundaria
-------------	---------------------	-----------------------

Diagnóstico Genético	Diagnóstico precoz	Control de patologías
Consejería Genética	Educación	Educación
Estudios Prenatales	Educación a padres	Diagnóstico precoz
Ginecología Urología RN	Educación a padres	Diagnóstico precoz
Ginecología Infantil	Educación a padres	Diagnóstico Precoz

5. CONTROL DEL EMBARAZO DE LA ADOLESCENTE

En Francia, entre el 5 y el 10% de los embarazos en adolescentes, son desconocidos hasta el parto y el seguimiento del 20 a 30% es deficiente o nulo.(20,21)

En EE.UU, la primera visita, por lo general ocurre hacia las 16,2 semanas en las adolescentes y de las 12,6 semanas en la mujer mayor siendo nulo el seguimiento entre un 2 a 3%, aumentando con la edad alcanzando un 56,6% entre los 18 y 19 años.(20,21)

En Salamanca España, el 45,6% de las gestantes adolescentes son controladas en el Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital Universitario Clínico de dicha ciudad, un 45,64% lo son fuera de él, y un 11,7% no son controladas. Se controlan el 11,65% de las adolescentes gestantes entre 14 y 16 años y un 88,35% de las gestantes entre 17 y 19 años. Al parecer, el número total de controles no supera los 4 en todo el embarazo. (21)

Los problemas que se pueden presentar en los controles prenatales, se los puede agrupar en trimestres.(21)

5.1 Primer trimestre

5.1.1 Trastornos Digestivos

En 1/3 de las gestantes adolescentes se presentan vómitos, proporción bastante semejante a la población de adultas. En algunas circunstancias pueden colaborar otros factores como la gestación no deseada. Un trabajo nigeriano al respecto informa que los vómitos se ocurrieron en el 83,3% de controladas y el 86% de no controladas.(21)

5.1.2 Metrorragias

Ocurre en un 16,9% de las adolescentes en y en un 5,7% de las adultas.(21)

5.1.3 Abortos Espontáneos

Leroy y Brams detectaron un 28,2% de abortos espontáneos en las adolescentes.(21)

El aborto provocado es un problema social, consecuencia generalmente de un embarazo no deseado. Sus causas son habitualmente psicosociales y las consecuencias de sus complicaciones son médicas.(29)

En EE.UU. en 1991 la tasa de abortos entre 15 y 19 años descendió al 35/1.000 y, en 1997, la tasa de abortos a toda edad era del 26/1.000. En Italia, en 1991, la tasa de abortos entre 15 y 19 años era del 4,6/1.000 y, en 1996, la tasa de abortos a toda edad llegaba al 10,6/1.000. Por tanto, el aborto tiene un comportamiento diferente de un país a otro y en países europeos tiene tasas más bajas.(21)

En Cuba, donde el aborto está despenalizado, en 1996-97 el 25% de los abortos fueron practicados en adolescentes y, entre los factores riesgo, el primero fue ser estudiante y el segundo fue tener menos de 18 años. En EE.UU. en 1994-95, el 14,5% de los abortos despenalizados fueron practicados en menores de 19 años, lo que marca la diferencia entre países.(29)

Los países sin aborto legal carecen de estadísticas fidedignas del aborto voluntario o inducido. Las estadísticas se basan en los egresos hospitalarios de los casos complicados y en

encuestas poblacionales. La información de la primera fuente se ve sesgada por razones legales, aumentando la tasa de abortos espontáneos y la tasa de complicaciones dependerá de los ejecutores clandestinos (su entrenamiento, sus recursos, los costos). En África, en 1997, 2/3 de los egresos hospitalarios por abortos correspondieron a adolescentes. En Venezuela, en el mismo año, el 12% de las muertes maternas fueron por abortos en adolescentes.(28,29)

En Chile, los egresos hospitalarios por abortos complicados, fueron: 1960: 10,6%; 1981: 10,9%; 1988: 9,3%; 1995: 10%. Son cifras altas si se las expresa en relación a nacidos vivos.(29)

La información de morbi-mortalidad por aborto en adolescentes, está influenciada por el diagnóstico tardío del embarazo en ellas haciendo que, al acudir a "aborteros" de bajo nivel, se practiquen los abortos en gestaciones avanzadas y en malas condiciones higiénicas. Además, por desconocimiento del embarazo por parte de padres o tutores, las complicaciones del aborto de las adolescentes se reportan tardíamente, llegando en sumo estado de gravedad a la internación, con mayor mortalidad (shock séptico, anemia extrema, compromiso de vísceras por perforaciones uterinas).(29,30)

La prevalencia de aborto, por medio de encuestas de fecundidad, también tienen errores por miedo a revelar el hecho o por olvido del mismo a más de 2 años de practicado. Encuestas realizadas en comunidades pobres de Santiago de Chile en 1998, se observó que la tasa de abortos espontáneos y provocados por 1.000 embarazos, era más baja en menores de 19 años que entre 20 y 24 años y adultas. Al parecer, la fecundidad de la adolescente pobre se expresa más como nacido vivo que como aborto, cuando éste no está legalizado y los embarazos no deseados en adolescentes tienen menores tasas que en los países con aborto legal, expresando la menor información y medios de la adolescente pobre en recursos económicos y educación.(30)

5.1.4 Embarazos Extrauterinos

Según Aumerman ocurren en el 0,5% de las gestantes embarazadas y en el 1,5% de las adultas.(21)

5.2 Segundo y tercer trimestre

5.2.1 Anemia

Especialmente en sectores de bajo nivel social y cultural. El déficit nutricional condiciona la anemia ferropénica, problema que comenzó a ser estudiado por Wallace en 1965. Tejerizo encuentra un 16,99% de anemias en las adolescentes gestantes y un 3,97% en las adultas. En el Hospital Universitario Clínico de Salamanca se encontró un 53,8% de anemias ferropénicas en adolescentes. En un estudio sobre 340 adolescentes embarazadas, se encontró 13,5% de anemias en las controladas y 68% en las no controladas. Son varios los autores (Berardi, García Hernández entre otros) que relacionan francamente la anemia ferropénica con la influencia del factor socioeconómico.(21)

5.2.2 Infecciones Urinarias

Hay discrepancias respecto de si es o no más frecuente esta complicación en la adolescente embarazada. Al parecer habría un discreto aumento de la frecuencia entre las de 14 años pudiendo alcanzar, para algunos autores, un 23,1%.(21,22)

5.2.3 Amenaza De Parto Pretérmino

Afecta aproximadamente al 11,42% de las gestantes embarazadas y, para algunos autores, no es diferente al porcentaje de las mujeres adultas. No obstante, la adolescencia en sí, es un factor de riesgo para esta complicación.(22)

5.2.4 Hipertensión Arterial Gravídica

Complicación que se presenta entre el 13 y 20% de las adolescentes gestantes, posiblemente es mayor el porcentaje entre las gestantes menores de 15 años, notándose una sensible disminución en la frecuencia de la eclampsia (0,10 a 0,58%), dependiendo en gran medida de la procedencia de la gestante, su nivel social y de la realización de los controles prenatales. En algunos países del 3er mundo puede alcanzar un 18,2% de preeclampsias y un 5% de eclampsias. Para algunos autores, esta incidencia es doble entre las primigrávidas entre 12 y 16 años.(22)

5.2.5 Mortalidad Fetal

No parece haber diferencias significativas entre las adolescentes y las adultas.(22)

5.2.6 Parto Prematuro

Es más frecuente en las adolescentes, con una media de menos una semana respecto de las adultas, cubriendo todas sus necesidades (nutritivas, médicas, sociales, psicológicas). En el Hospital Universitario Clínico de Salamanca, la incidencia del parto pretérmino alcanza el 9%.(22)

5.2.7 Crecimiento Intrauterino Retardado

Quizás por inmadurez biológica materna, y el riesgo aumenta por condiciones socioeconómicas adversas (malnutrición) o por alguna complicación médica (toxemia). El bajo peso al nacer se asocia al aumento de la morbilidad perinatal e infantil y al deterioro del desarrollo físico y mental posterior del niño.(21, 22)

5.2.8 Presentaciones Fetales Distócicas

Las presentaciones de nalgas afecta del 1,9% al 10% de las adolescentes. Para algunos autores, al 3%.(22)

5.2.9 Tipo De Parto

En algunas publicaciones se informa una mayor frecuencia de extracciones fetales vaginales instrumentales y no tanta cesárea. En el Hospital Universitario Clínico de Salamanca, la prevalencia de cesáreas en adolescentes es del 18,9%.(22)

5.2.10 Alumbramiento

Se comunica una frecuencia del 5,5% de hemorragias del alumbramiento en adolescentes, frente a un 4,8% en las mujeres entre 20 y 24 años. Por lo tanto, la hemorragia del alumbramiento no es específica del parto de la adolescente.(22,23)

5.2.11 Otras Complicaciones

La prevalencia del test de Sullivan y la curva de glucemia positiva es posible que ocurra en un 38,4% de las adolescentes gestantes.(22,23)

6. RECIEN NACIDO DE MADRE ADOLESCENTE

A. Peso

No existen diferencias significativas con relación a las mujeres adultas, aunque parece existir entre las menores de 15 años, debiendo diferenciarse claramente los nacimientos pretérmino de los retardos del crecimiento fetal, con definidas repercusiones sobre la morbi-mortalidad perinatal. Entre las menores de 17 años hay mayor frecuencia de bajos pesos, con una prevalencia cercana al 14% de RN con menos de 2500 g.(23)

B. Internación en Neonatología

Los hijos de adolescentes registran una mayor frecuencia de ingresos a Neonatología sin diferencias entre las edad de las adolescentes.(23)

C. Malformaciones

Se informa mayor incidencia entre hijos de adolescentes menores de 15 años (20%) respecto de las de mayor edad (4%), siendo los defectos de cierre del tubo neural las malformaciones más frecuentes, y con un número importante de retrasos mentales de por vida.(23)

D. Mortalidad perinatal

Su índice es elevado entre las adolescentes, disminuyendo con la edad (39,4% hasta los 16 años y 30,7% entre las mayores de 19 años).(23)

6.1 Pronóstico

6.1.1 Materno

Condicionado por factores físicos, sociales y psicológicos. El corto intervalo intergenésico es frecuente con sus consecuencias psicofísicas y sociales. El 50 a 70% abandonan las escuelas durante el embarazo y el 50% no la retoman más y si lo hacen, no completan su formación. Sólo un 2% continúan estudios universitarios.(23,24)

6.1.2 Fetal

Entre un 5 y 9% de los hijos de adolescentes, son abandonados al nacer.(23)

6.2 Prevención

6.2.1 Primaria

A realizarse antes de la actividad sexual.(23,24)

6.2.2 Secundaria

Dirigida a adolescentes en actividad sexual que no desean embarazos.(24)

6.2.3 Terciaria

Dirigida a adolescentes embarazadas, para buen control de la gestación en lo médico, en lo fisiológico y en lo alimenticio, en busca de disminuir las complicaciones.(23,24)

IV. METODOLOGIA DE LA INVESTIGACIÓN

A. LOCALIZACIÓN Y TEMPORALIZACIÓN

El estudio se realizó en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Provincial General de Latacunga, en el periodo comprendido entre Septiembre 2009 a Marzo 2010.

B. VARIABLES

1. Identificación:

a. Incidencia

Embarazo en la Adolescencia

b. Antecedentes gineco-obstétricos

Menarquia

Paridad.

Tipo de parto anterior (Clínico, Quirúrgico)

c. Variables socio-económicas:

Escolaridad.

Edad

Condiciones socioeconómicas.

Lugar de residencia

Estado civil

2. Definiciones:

- a. **Incidencia de Embarazo en la Adolescencia:** Número de casos nuevos de embarazos en adolescentes durante el año 2009-2010.
- b. **Menarquia:** Edad de la primera menstruación.
- c. **Paridad:** Número de embarazos con un alumbramiento más allá de la semana 20 o con un infante de peso mayor a 500 g.
 - Nulípara: aquella mujer que nunca ha parido.
 - Multípara: la que ha parido su primer hijo.
- d. **Tipo de parto anterior:** Este puede ser Clínico (parto normal) ó Quirúrgico (Cesárea).
- e. **Escolaridad:** Período de tiempo durante el cual se asiste a un centro de docencia. Incluye las siguientes categorías:
 - Analfabeta.
 - Primaria.
 - Secundaria.
 - Superior.
- f. **Edad:** Tiempo de vida transcurrido en años desde el nacimiento en años hasta la fecha del estudio.
 - De 15 a 20 años: Adolescentes.
 - De 21 a 26 años: Jóvenes.
 - De 27 a 35 años: Adultas – jóvenes.
- g. **Condiciones socioeconómicas:** Corresponde al estatus económico o nivel económico de una persona, puede ser solvente o puede no serlo. Incluye las siguientes categorías:

- Bueno: Satisfacen sus necesidades de alimentación, recreación, instrucción y medios para garantizar la higiene personal y ambiental.
- Regular: No satisfacen alguna de las necesidades o las satisfacen parcialmente.
- Mala: Presentan serias dificultades para satisfacer sus necesidades de alimentación, recreación, instrucción y de medios para garantizar la higiene personal y ambiental.

h. Lugar de residencia: Es el sitio en donde una persona habita puede ser:

- **Urbana:** dentro del límite de la ciudad.
- **Rural:** fuera del límite de la ciudad.

i. Estado civil: Tipo de enlace establecido por una pareja. Soltera. Casada. Divorciada. Viuda. Unión libre.

j. Tipo de Tratamiento: Se refiere a que la paciente recibió tratamiento clínico(parto eutócico) o quirúrgico(cesárea).

k. Días de hospitalización: Es el tiempo que permanece la paciente en la Casa de Salud hasta su egreso.

l. Complicaciones obstétricas: Son las complicaciones que puede presentar la adolescente durante todo su embarazo.

3. Operacionalización de variables

VARIABLES	ESCALA	VALOR
Incidencia de Embarazo en Adolescencia	Continua	Número de mujeres adolescentes embarazadas
Antecedentes Gineco-Obstétricos:	Continua	0. 12(%) 1. 13(%) 2. 14(%) 3. 15(%) 4. 16(%)
Menarquia		
Tipo de parto anterior		Nominal
Paridad	Nominal	0. Nulípara.(%) 1. Multípara(%)
Socio-económicos:	Ordinal	0. Analfabeta. (%)
Escolaridad		1. Primaria. (%) 2. Secundaria. (%)

		3. Superior (%)
Edad	Continua	0. 15 – 16 años.(%) 1. 17 - 18 años.(%) 2. 19 – 20 años(%)
Nivel Socio económico	Ordinal	0. Bueno.(%) 1. Regular.(%) 2. Malo(%)
Lugar de residencia	Nominal	0. Urbana.(%) 1. Rural(%)
Estado civil	Ordinal	0. Soltera 1. Casada 2. Divorciada 3. Viuda 4. Unión libre
Tipo tratamiento	Nominal	0. Clínico(parto eutócico)(%) 1. Quirúrgico(cesárea)(%)
Días de hospitalización	Continua	0. 1-5(%) 1. 6-10(%) 2. 11-15(%)
Complicaciones Obstétricas	Ordinal	0. Aborto incompleto(%) 1. Aborto diferido(%)

		<ol style="list-style-type: none">2. Embarazo ectópico(%)3. Amenaza parto prematuro(%)4. Hipertensión inducida por embarazo(%)5. Mortalidad fetal(%)6. Presentación fetal distócica(%)7. Desproporción céfalo-pélvica(%)8. Expulsivo prolongado(%)9. Infección vías urinarias(%)10. Preeclampsia(%)11. Eclampsia(%)
--	--	--

C. TIPO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

El presente es un estudio Transversal.

D. POBLACIÓN A INVESTIGAR

En el presente estudio se incluyen a las mujeres con Embarazo en la Adolescencia en el Servicio de Ginecología del Hospital Provincial General de Latacunga en el periodo comprendido entre Septiembre del 2009 a Marzo del 2010.

E. DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTOS

Seguimiento

El investigador acudirá al Servicio de Estadística del Hospital Provincial General de Latacunga, para revisar las historias clínicas de las pacientes ingresadas en el servicio de Gineco-Obstetricia en el período comprendido entre Septiembre 2009 a Marzo2010 con diagnóstico de Embarazo en la Adolescencia.

Se excluirá las historias clínicas de pacientes que fueron atendidas primariamente en otro centro de salud e historias clínicas incompletas.

Los datos obtenidos del proyecto serán revisados y supervisados por el asesor metodológico de la tesis los días viernes de cada semana.

Análisis Estadístico.- Para el análisis estadístico, todos los datos obtenidos de las historias clínicas serán registrados y detallados en una base de datos Microsoft Excel, Epi Info 2000.

Presentación de Resultados.- Los resultados del estudio se los realizara en base a tablas, barras y pasteles.

V. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

GRAFICO N°1. CASOS NUEVOS DE EMBARAZO EN ADOLESCENTES EN HPGL, LATACUNGA 2010



Figura 1. Fuente de información historias clínicas Hospital Provincial General Latacunga

Dentro de la variable incidencia de embarazo en la adolescencia observamos que existen un total de 2400 embarazos; de los cuales existen 415 adolescentes embarazadas lo que

corresponde a 17,29%, lo que se correlaciona con estudios elaborados en el Hospital Enrique Sotomayor donde existe una incidencia de 22,8%, y estudios realizados por la Organización Iberoamericana de la Juventud (OIJ), señaló que un 17,3% de los embarazos en América Latina se producen en adolescentes de entre 15 y 20 años.

De 17 países consultados en Sudamérica, Centroamérica y el Caribe, la investigación destacó mayores tasas de fecundidad juvenil en Brasil, Colombia, Perú, Bolivia y Ecuador.

El secretario general de la OIJ, Eugenio Ravinet, dijo que Latinoamérica es la única región del mundo que mantiene una línea ascendente en esta franja en comparación con los datos de 1970, incluso por delante de África, que, no obstante, conserva la tasa más alta de fecundidad adolescente, un 11,6%, a nivel mundial.

En el país el porcentaje de adolescentes embarazadas está ubicado en 16%.

Por cada cien mujeres embarazadas en el país, dieciséis son adolescentes, lo que constituye una manifestación de la ausencia o mala calidad de educación sexual y salud reproductiva, un llamado de atención a las familias pero sobre todo una realidad en aumento para el área de la salud pública.

Según la Fundación Internacional para la Adolescencia (FIPA), el Ecuador ostenta la tasa más alta de embarazo adolescente en América Latina, después de República Dominicana.

Podríamos decir que en los países desarrollados la incidencia de embarazos en adolescentes se ha demostrado que es mucho menor que en países menos desarrollados o en vías de desarrollo.

**GRAFICO N°2. MENARQUIA EN ADOLESCENTES EMBARAZADAS, HPGL,
LATACUNGA 2010**

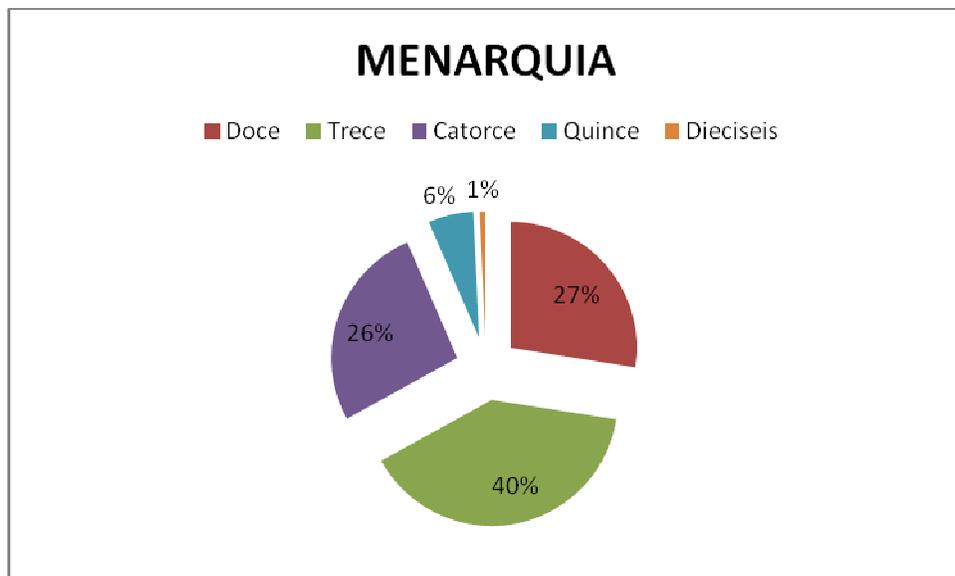


Figura 2. Fuente de información historias clínicas Hospital Provincial General Latacunga

Dentro de la variable menarquía de nuestro estudio se encontraron 164 pacientes con menarquía a los 13 años, lo que corresponde al 40%, lo cual concuerda con los estudios realizados en el Hospital Enrique Sotomayor desde el 1ro de Noviembre del 2006 al 31 de Enero del 2007, donde el 35% de las adolescentes presentaron la menarquía a los 13 años y otros estudios donde la edad media del período de la menarquía (primera menstruación)

se sitúa en los 11 años,⁵ aunque esta cifra varía según el origen étnico⁶ y el peso. El promedio de edad de la menarquia ha disminuido y continúa haciéndolo.⁷ Es por esto que el adelanto de la fecundidad permite la aparición de embarazos a edades más tempranas y depende por tanto no solo de factores biológicos sino de factores sociales y personales.

**GRAFICO N°3. PARIDAD EN ADOLESCENTES EMBARAZADAS, H PGL, LATACUNGA
2010**

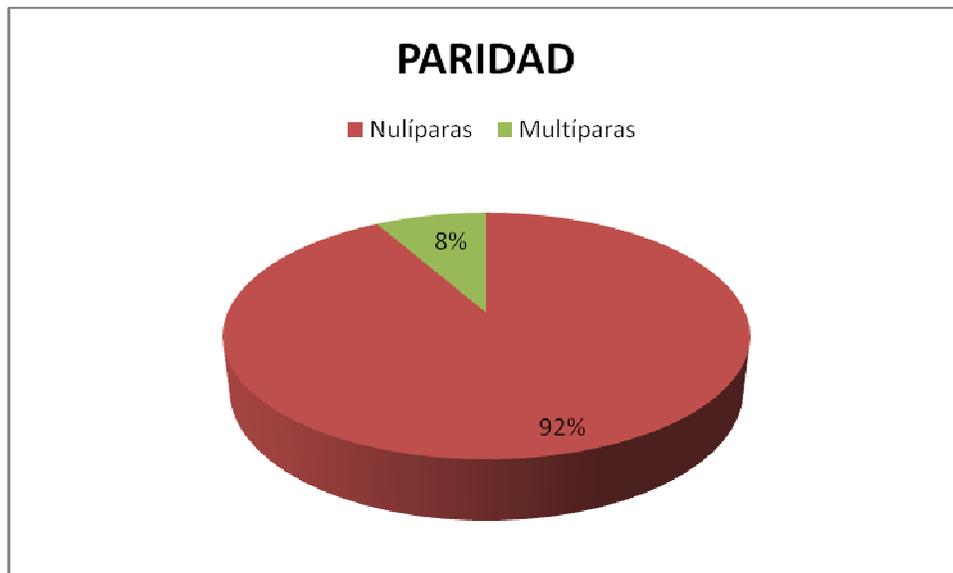


Figura 3. Fuente de información historias clínicas Hospital Provincial General Latacunga

Dentro de la variable paridad de nuestro estudio, se encontraron a 381 pacientes nulíparas que corresponde a 92%; lo que se correlaciona con estudios realizados en el Hospital Enrique Sotomayor desde el 1ro de Noviembre del 2006 al 31 de Enero del 2007, donde el 76% de las adolescentes era su primer embarazo (nulípara), y el 24% ya tuvieron una gestación previa(múltipara); y con los estudios realizados por el Dr.Manuel Antonio Nuñez Ramírez(estudios en México año 2001-2002)donde muestran un predominio de las nulíparas 64,7% sobre las múltiparas(35,3%).

Para la mayoría de los autores, las nulíparas constituyen el grupo predominante en estas edades (7, 13, 24).

GRAFICO N°. EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA POR VARIAB LE TIPO DE PARTO ANTERIOR EN HPGL, LATACUNGA 2010

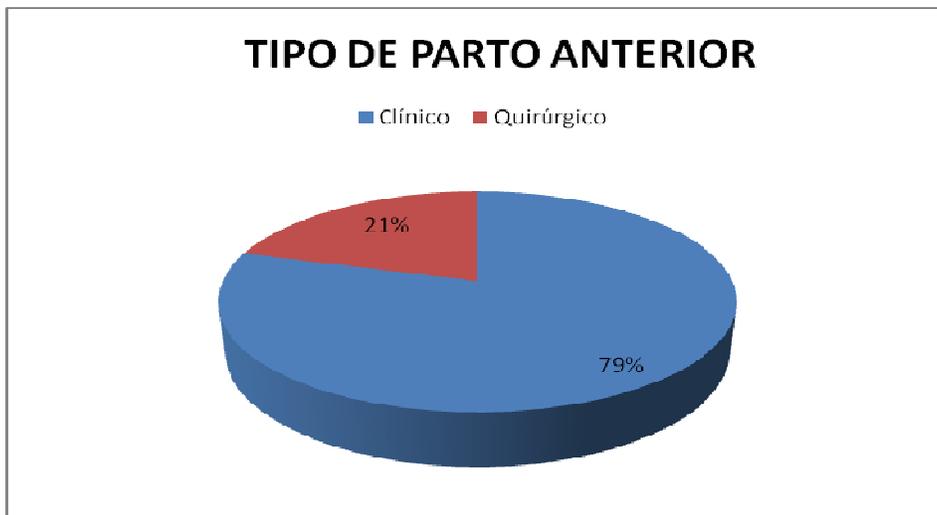


Figura 4. Fuente de información historias clínicas Hospital Provincial General Latacunga

Dentro de la variable tipo de parto anterior de nuestro estudio, se encontraron 34 pacientes multíparas, de las cuáles 27 pacientes tuvieron parto eutócico(clínico), lo que corresponde a 79%, lo que no concuerda con estudios realizados en México donde en 2006 los SESA registraron 194,841 partos, lo que corresponde al 25.7% de partos eutócicos.

Por grupos de edad, en los SESA el porcentaje de partos eutócicos en adolescentes de 15 a 17 años fue de 11.7% y en el IMSS de 2.5%. En el grupo de 18 a 19 años de edad, esta

cifra fue de 14% en los SESA y de 7% en el IMSS. Por entidad federativa, los SESA de Baja California presentaron el porcentaje más alto de partos eutócicos en adolescentes, con 33.4%, seguido por Chihuahua y Coahuila, con 32.4% y 32.1%, respectivamente. Las cifras más bajas se registraron en Tlaxcala y Zacatecas, con 22.5% y 22.2%. En lo que respecta al IMSS, los porcentajes más altos se presentaron en Guerrero, Sinaloa y Durango, con cifras cercanas o iguales a 13%, mientras que en Aguascalientes y Querétaro los partos eutócicos en adolescentes fueron poco más de 7%.

**GRAFICO N°5. ESCOLARIDAD EN ADOLESCENTES EMBARAZADAS, HPGL,
LATACUNGA 2010**

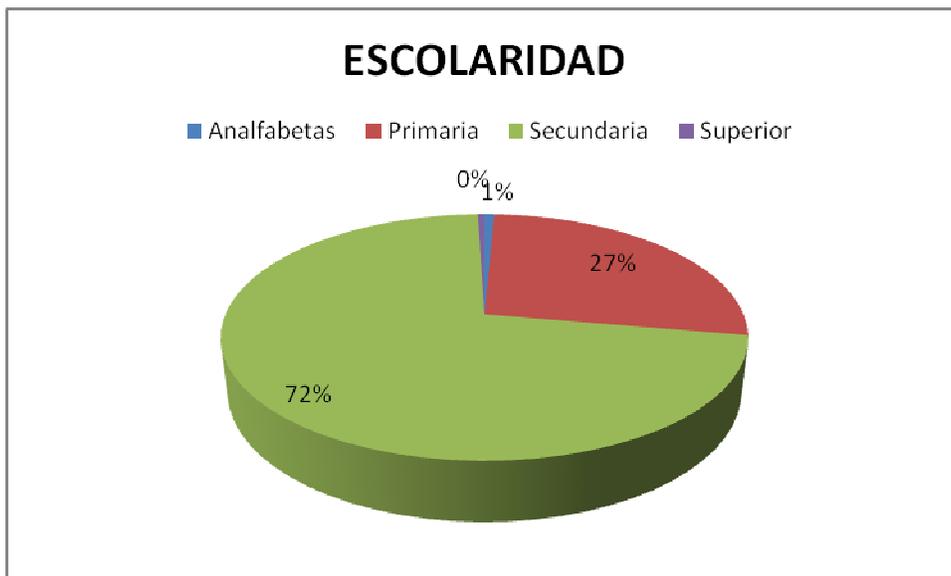


Figura 5. Fuente de información historias clínicas Hospital Provincial General Latacunga

Dentro de la variable escolaridad de nuestro estudio se encontraron a 298 pacientes que corresponde al 72% con un nivel de instrucción secundaria, lo cual concuerda con un estudio realizado en República Dominicana en donde las jóvenes con bajos niveles de logros educacionales y económicos a menudo tienen una capacidad limitada y poca motivación para regular su fecundidad, lo que da por resultado tasas más elevadas de embarazo precoz. El círculo vicioso se refuerza puesto que las jóvenes que asisten a la escuela se ven obligadas a suspender su educación cuando se embarazan, lo cual limita muchísimo sus oportunidades económicas. Las jóvenes con niveles más altos de instrucción tienen más probabilidades de posponer el matrimonio y la procreación.(3) La

educación se asocia positivamente con el uso de anticonceptivos al aumentar el conocimiento, la aceptabilidad y la utilización de los servicios de planificación familiar.(13) Los hijos de padres adolescentes no solo se enfrentan con un riesgo elevado de enfermedad o muerte: también encaran más probabilidades de ser abandonados, de acabar viviendo en las calles y de verse atrapados en el ciclo de la pobreza.(4,2).

La mayoría de adolescentes embarazadas de nuestro estudio tienen una educación secundaria; esto se debe a que mientras se encuentran cursando su bachillerato y debido a que en todas las instituciones educativas no tienen o no proporcionan una buena información sobre educación sexual, se embarazan a temprana edad y muchas veces tienen que abandonar sus estudios y pocas son las adolescentes que acceden a una Educación Superior.

GRAFICO N°6. EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA POR GRUPO DE EDAD, HPGL, LATACUNGA 2010

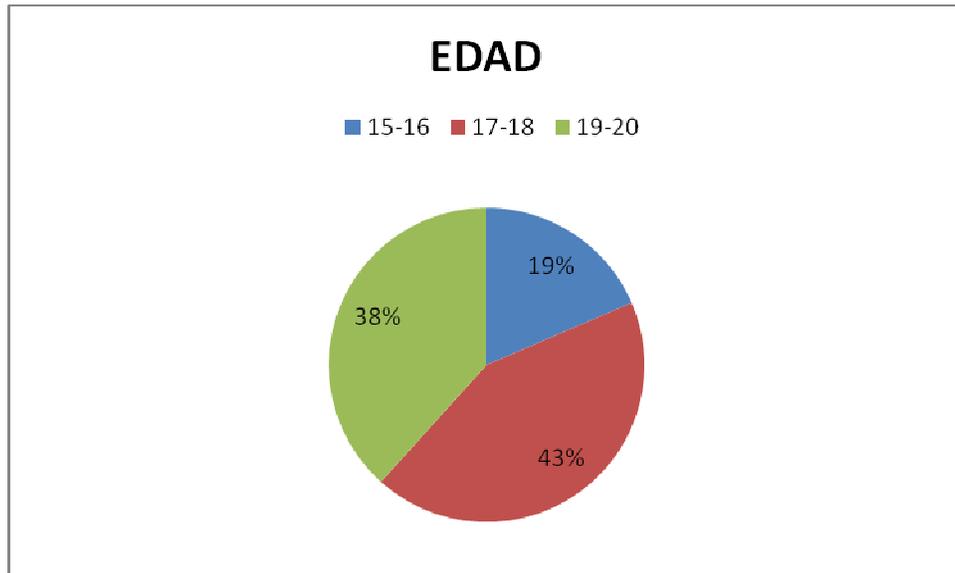


Figura 6. Fuente de información historias clínicas Hospital Provincial General Latacunga

Dentro de la variable edad de nuestro estudio se encontraron a 179 pacientes de adolescentes embarazadas que corresponde a 43% en edad de 17 a 18 años, lo que se correlaciona con un estudio realizado en el Hospital Enrique Sotomayor desde el 1ro de Noviembre 2006 al 31 de Enero del 2007 donde manifiesta que el 50% corresponden al grupo etáreo de 17 a 18 años; y con un estudio en Río de Janeiro durante 2003-2006 un total de 138 adolescentes se embarazaron, de ellas el 53.6% correspondió al grupo etáreo comprendido entre las edades de 16-18 años; pero no es comparable con estudios realizados en Estados Unidos donde el 40% de adolescentes corresponden al grupo etáreo de 20 años, y Reeder (1998), afirma que un 25% de estas niñas embarazadas tienen apenas 14 años de edad, y una de cada siete están decididas a abortar. Cabe señalar que la mayoría de las adolescentes embarazadas tienen entre 14 y 16 años de edad, encontrándose en la clasificación de adolescentes en edad media (p. 20-23).

**GRAFICO N°7. NIVEL SOCIO-ECONÓMICO EN ADOLESCENTES EMBARAZADAS,
HPGL, LATACUNGA 2010**



Figura 7. Fuente de información historias clínicas Hospital Provincial General Latacunga

Dentro de la variable nivel socio-económico de nuestro estudio se encontraron a 386 pacientes con un nivel socio-económico regular que corresponde a 94%, en este estudio el grupo mencionado no es comparable con los estudios realizados en el Hospital Enrique Sotomayor desde el 1ro de Noviembre del 2006 al 31 de Enero del 2007, donde se demuestra que el 79% de las gestantes adolescentes atendidas provienen de estratos sociales pobres y vulnerables; y no es comparable con la literatura internacional donde el 14,6 por ciento de los bebés nacidos vivos en Argentina son hijos de madres menores de 20 años, según estadísticas oficiales, y la mayoría de ellas proviene de hogares de bajos recursos económicos, en una proporción de 17 a 1 respecto de las de más altos ingresos, esta diferencia se debe a la inequidad social que existe en América Latina y en el mundo.

Los resultados de nuestro estudio muestra un claro dominio del nivel socio-económico regular, esto se debe a que el Gobierno Nacional implementó en nuestro país la gratuidad de la salud; es por esto que ahora acuden masivamente a los centros de salud todas las personas, sin importar su estrato social.

**GRAFICO N°8. RESIDENCIA EN ADOLESCENTES EMBARAZADAS, HPGL,
LATACUNGA 2010**

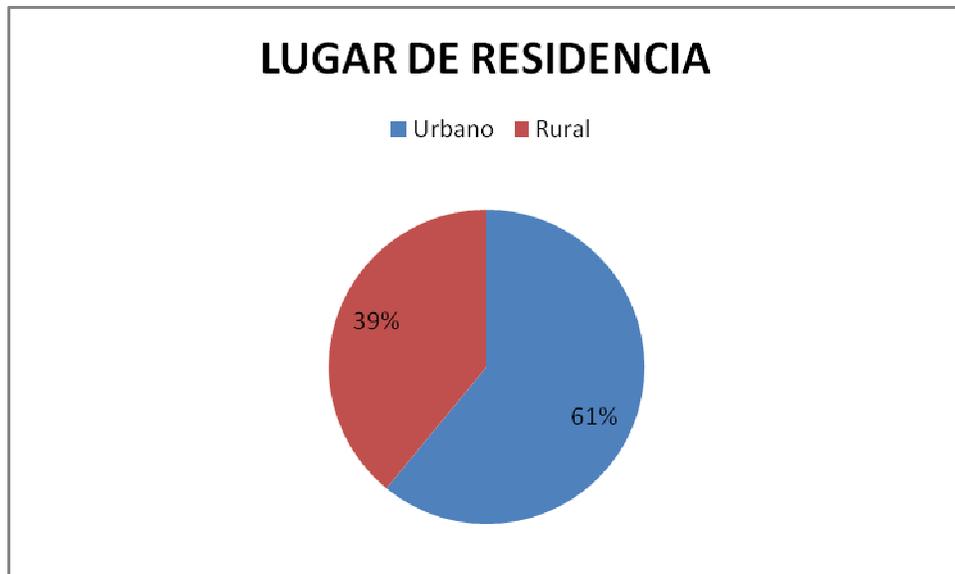


Figura 8. Fuente de información historias clínicas Hospital Provincial General Latacunga

Dentro de la variable lugar de residencia de nuestro estudio se encontraron a 253 pacientes que corresponde al 61% procedentes del sector urbano; lo que concuerda con estudios realizados en el Hospital Enrique Sotomayor (desde el 1ro de Noviembre del 2006 al 31 de Enero del 2007), donde demuestran que el 68% proceden de sectores urbano-marginales; pero no se correlaciona con la literatura internacional donde señalan que el 60% de los embarazos adolescentes provienen del sector rural(3).

Esto se puede explicar porque en el HPGL todos los servicios de salud son gratuitos, y la mayor parte de usuarios que acuden son del sector urbano , además la gente del sector rural ya cuentan con centros y sub-centros de salud en los respectivos cantones, parroquias y comunidades.

**GRAFICO N°9. ESTADO CIVIL EN ADOLESCENTES EMBARAZADAS, HPGL,
LATACUNGA 2010**

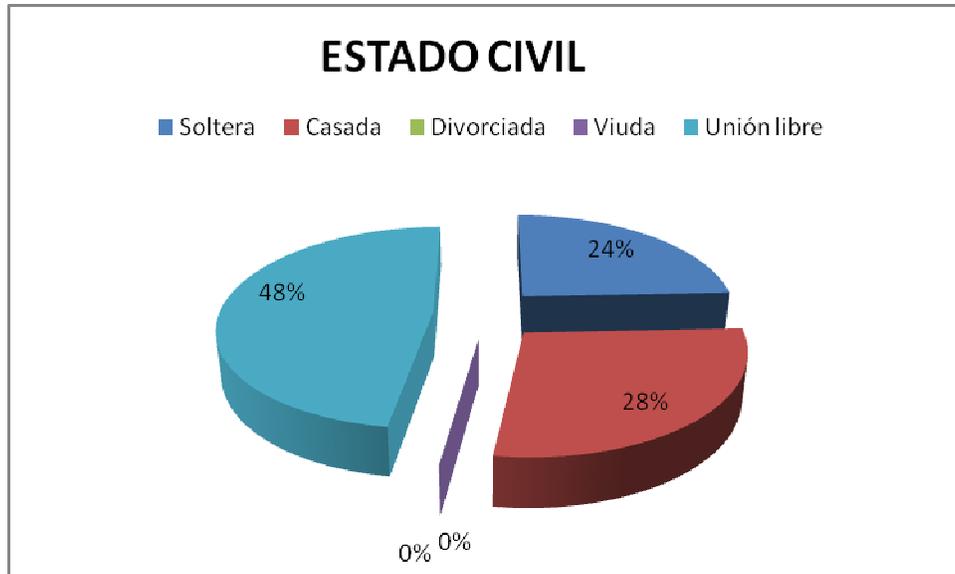


Figura 9. Fuente de información historias clínicas Hospital Provincial General Latacunga

Dentro de la variable estado civil de nuestro estudio se encontraron a 198 pacientes que corresponde al 48% con estado civil unión libre, lo que no concuerda con estudios realizados en el Hospital Enrique Sotomayor (desde el 1ro de Noviembre del 2006 al 31 de Enero del 2007), donde demuestran que el 36% tienen un estado civil de unión libre; y en Uruguay, donde manifiestan que el 70% eran solteras al inicio del embarazo, el 10% se casó luego, y el 20% tenía unión libre; y en Venezuela en un estudio realizado el 43.6 % correspondió a unión libre y el 34.7 % a las casadas mostrando en este sentido un comportamiento interesante el estado civil para el caso de las adolescentes con parejas estables(10,18).

Esto se puede explicar debido a que en la actualidad, en nuestro país, y específicamente en la Provincia de Cotopaxi, la mayoría de parejas jóvenes prefieren mantenerse en estado civil unión libre; debido al alto porcentaje de divorcios y separaciones de hogares que ha existido en los últimos años, lo que conlleva a que la mayoría de adolescentes se conviertan en madres solteras.

**GRAFICO N°10. TIPO DE TRATAMIENTO EN ADOLESCENTES EMBARAZADAS,
HPGL, LATACUNGA 2010**



Figura 10. Fuente de información historias clínicas Hospital Provincial General Latacunga

Dentro de la variable tipo de tratamiento de nuestro estudio se encontraron a 344 pacientes que corresponde al 83% con un tipo de tratamiento clínico (parto eutócico), lo que concuerda con estudios realizados por el Ministerio de Salud Pública desde julio 1999 a junio 2004 donde el 85,2% fueron partos eutócicos; y en la literatura internacional donde mencionan estudios realizados en el Hospital Provincial Docente "Carlos Manuel de Céspedes" de Bayamo (desde el 1ro de enero de 1993 hasta el 31 de diciembre de 1997); donde manifiestan que el parto eutócico tiene un predominio del 66,8% ; y en el Hospital Materno-Infantil de Petare del Este, se incrementó el número de partos en la adolescencia en el año 2003 (enero-octubre): 429 partos de estos 41 fueron distócicos por cesáreas y de estos 7 ocurrieron en la adolescencia precoz (12-13 años). En el 2004 (enero-diciembre) 455 partos, uno de estos en la adolescencia precoz. (12-13 años). En el 2005 (enero-diciembre) 670 partos y 17 ocurrieron en la adolescencia precoz (12-13 años). En el 2006 471 partos de estos 121 fueron distócicos por cesáreas y 6 ocurrieron en la adolescencia precoz (12-13 años). (44).

Los resultados de nuestro estudio nos muestra que en el HPGL existe un claro predominio de los partos eutócicos sobre las cesáreas.

**GRAFICO N°1. EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA POR GRUPO DÍAS DE
HOSPITALIZACIÓN, HPGL, LATACUNGA 2010**



Figura 11. Fuente de información historias clínicas Hospital Provincial General Latacunga

Dentro de la variable días de hospitalización de nuestro estudio se encontraron a 397 pacientes que corresponde al 96% con hospitalización de 1 a 5 días, lo que concuerda con un estudio realizado en Chile en el año 2003 donde manifiestan que el 55% de adolescentes embarazadas permanecen hospitalizadas de 1 a 6 días; 16 pacientes que corresponde al 4% con hospitalización de 6 a 10 días; y 2 pacientes que corresponde al 0% con hospitalización de 11 a 15 días.

Esto se puede explicar debido a que en nuestro estudio existe un mayor porcentaje de partos eutócicos, y porque existe una alta demanda de pacientes en el HPGL durante todo el año, es por esto que la mayoría de pacientes sobre todo en el área de Gineco-Obstetricia y que han tenido un parto eutócico sin complicaciones, no permanecen por más de uno a cinco días.

**GRAFICO N°12. EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA POR VARIA BLE
COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS EN HPGL, LATACUNGA 2010**

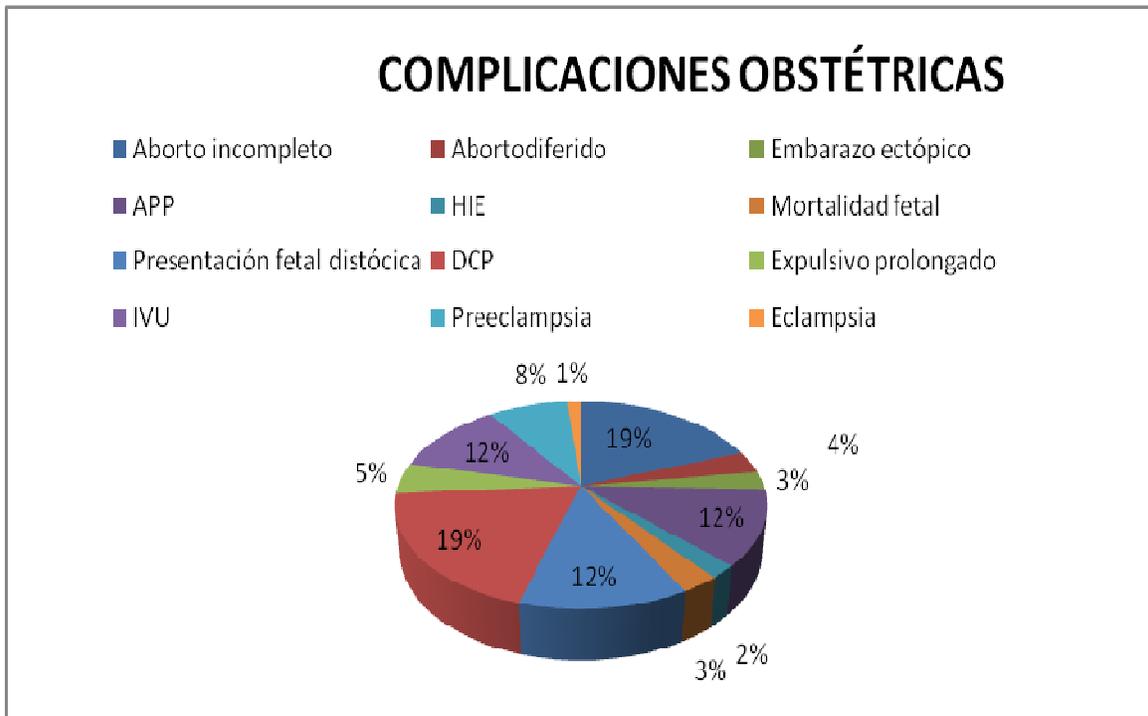


Figura 12. Fuente de información historias clínicas Hospital Provincial General Latacunga

Dentro de la variable complicaciones obstétricas de nuestro estudio se encontraron a 28 pacientes que corresponde al 19% con aborto incompleto y DCP(19%), lo que concuerda con un estudio realizado en la Unidad de atención gineco obstetricia del Hospital Central de Maracay, Estado Aragua, donde se pudo constatar que el 65% de las embarazadas atendidas son adolescentes, las cuales en su mayoría presentan riesgo en cuanto preeclampsia, eclampsia, partos prematuros, y productos pequeños para la edad gestacional, anemia Ferropènica, hipertensión arterial, endometritis puerperal, septicemia neonatal, abortos, desproporción céfalo - pélvica(DCP) debido a la inmadurez de la pelvis y dificultades respiratorias en el recién nacido.(40).

VI. CONCLUSIONES

1.- La incidencia de embarazo en la adolescencia durante la realización de la presente investigación en el Hospital Provincial General de Latacunga fue 17,29%(415 casos).

2.- La adolescente con mayor riesgo de embarazo es una mujer de 17 a 18 años (43%), con menarquía a los 13 años (40%), nulípara (92%), instrucción secundaria completa (72%), nivel socio-económico regular (94%), proveniente del sector urbano (61%), que vive en unión libre (48%), recibió un tratamiento clínico (parto eutócico) (83%), y con 1 a 5 días de hospitalización (96%).

3.- Entre las complicaciones obstétricas están: Aborto incompleto(19%) y DCP (19%); APP(12%), IVU(12%) y presentación fetal distócica (12%); preeclampsia (8%); expulsivo prolongado (5%); aborto diferido (4%); mortalidad fetal(3%) y embarazo ectópico (3%); HIE (2%); eclampsia (1%).

4.- Se observa una falta de evaluación clínica adecuada de las pacientes con los consiguientes efectos negativos en el manejo de las mismas.

5.-La detección temprana de algunas complicaciones obstétricas no requiere de tecnología sofisticada y puede realizarse a partir de la primera consulta y desde el primer nivel de atención donde el médico general se desempeña.

VII. RECOMENDACIONES

1.- Realizar conferencias y foros en todas las Instituciones Educativas sobre Educación Sexual y los métodos de prevención para de esta manera poder disminuir la incidencia de embarazo en adolescentes.

2.-Socializar el uso de anticonceptivos en adolescentes sexualmente activas para evitar embarazos.

3.-Sería conveniente socializar protocolos de diagnóstico y tratamiento que nos ayuden a un mejor manejo del embarazo en la adolescencia.

4.-Realizar una adecuada evaluación clínica al momento del ingreso de las pacientes para así incidir de mejor manera en el control del embarazo en la adolescencia; y contar con datos confiables en investigaciones posteriores.

5.-Mejorar el sistema de archivo de historias clínicas, ya que estas constituyen una herramienta, para la elaboración de protocolos, ensayos clínicos, etc.

VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. **ALVAREZ, R.** Salud Pública. Medicina Preventiva. México, Manual Moderno,

1991. 300p.

2. **AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS. COMMITTEE ON**

ADOLESCENCE. Adolescent Pregnancy. Pediatrics (Chicago) 83:

132-3. 1989

3. **ESTRADA, A.P. MADRIGAL LÓPEZ, L.** Adolescentes indígenas embarazadas:

Asociado a la falta de información y recursos económicos. Chiapas, Limusa,

2001. 120p.

4. **BALDERAS, L.** Administración de los Servicios de Enfermería. 2a ed. México.

Interamericana, 1983. 350p.

5. **CÁCERES, J. ESCUDERO, V.** Relación de pareja en jóvenes y

embarazos no deseados. Madrid, Pirámide, 1994. 300p.

6. **CASTILLO, C. LÓPEZ, C. MUÑOZ, C. RIVERA, J.** Una

aproximación a la conflictiva de la adolescente soltera embarazada. 1992

7. **ERIKSON, E.** Identidad, Juventud y Crisis. México, Médica, 1968. 152

8. **ESPINOSA, A. MEJÍA, G.** Adolescencia. México, Martín Abreu, Ed. 2000. 300p.

9. **ESCOBAR, A. MUÑOZ, F.** Estudio Cualitativo de la experiencia de los padres

adolescentes. Médica, México, 1995. 250p.

10. **FUENTES, M. E. LOBOS, L.** Adolescente Embarazada. UNAM. 1994

11. **GÓMEZ, MILDRED.** El índice de madres adolescentes solteras es muy elevado.

Pág. 8. 1996.

12. **MINISTERIO DE SANIDAD Y ASISTENCIA SOCIAL.** Dirección materno

infantil. Normas del Programa de Atención Integral del Adolescente. 1991

13. **MOLINA, R. LUENGO, X. GUARDA, P. GONZÁLEZ, E. JARA, G.** (1991).

Adolescencia, Sexualidad y Embarazo. Serie Científica Médica, 2,6-29.

14. **MOLINA, R. LUENGO, X. TOLEDO, V.** Adolescencia: Tiempo de Decisiones.

Canadá: Hermanas Santa Ana. 1994.

15. **PEÑA, I. QUIROZ, M. MUÑOZ, W. MOLINA, M. GUERRERO, M.**

MASARDO, A. Embarazo Precoz. Revista de Trabajo Social, 59, 21-28.

1991.

16. **PÉREZ, L. M.**. El Trabajo con Adolescentes Embarazadas. Revista de Trabajo Social, 60, 25-36. 1992

17. **REEDER, S.** Enfermería Materno-Infantil. Décimo quinta Edición. México. Editorial Mexicana.

18. **REINOSO, A.** (1990). Primer Informe Nacional de Juventud. Santiago: Trineo.1990

19. **SÁEZ, G. I.** Sexualidad en la Adolescencia. (2da Ed.). Caracas. OPS/UNICEF. 1992.

20. **SILBER, T.** Manual de Medicina de la Adolescencia. Washington. OPS. 1992. 280 p.

21. **SILEO, E.** Medicina del Adolescente. Aproximación al Adolescente. Programa Ginebra, OPS/UNICEF/OMS/, 1992. 75p.

22. **SILVA, M.** Relaciones Sexuales en la Adolescencia. Revista Mexicana
Universitaria. 1991. 70 p.
23. **VILLEGAS, M.** Atención Integral de Salud del Adolescente. Washington
MSAS/OMS/OPS. 1992. 155 p.
24. **ZAMBRANO, L.** Latinoamérica registra el mayor índice de embarazo precoz
del siglo. Washington MSAS/OMS/OPS. 1996. 16 p.
25. **ZEIGUER, B.** Ginecología Infantojuvenil. 2da ed. Buenos Aires. Médica
Panamericana. 1984. 320 p.
26. **PÉREZ-PALACIOS, G.** Programa de Salud Sexual y Reproductiva para
Población Adolescente. Foro: Embarazo en Adolescentes. Avances y Retos.
CONMUJER. SEGOB, 2000; 11-7. 2001. 18-23 p.

27. **ADOLESCENTE. REFLEXIONES: SEXUALIDAD, SALUD Y REPRODUCCIÓN.** México. Colegio de Médicos 1999; 13:1–17 p.
28. **SINGH, S.** Adolescent childbearing in developing countries: A global review studies in family planning (Londres): 29; 117–36. 1998
29. **SIEGEL, D. KLEIN, D. ROGHMANN, K.** Sexual Behavior, contraception and risk among college students. J. Adolesc. Health (Londres): 25: 336–43. 1999
30. **ESCOBEDO, E. FLETES, U. VELÁZQUEZ, L.** Embarazo en adolescentes. Seguimiento de sus hijos durante el primer año de vida. Bol Med Hosp Infant (México): 52; 415–19. 1995
31. **GÓMEZ, G.** Introducción. Foro: Embarazo en Adolescentes. Avances y Retos. CONMUJER. SEGOB 2000: 9–10. 11–7. 2001. 30-45 p.
32. **BRAZIER, E. RIZZUTO, R. WOLF, M.** Prevención y manejo del aborto que ocurre en condiciones de riesgo. Family Care International. Population

Council 1999: 9–10. 11–7. 2000. 39-45 p.

33. **ZÚÑIGA, D. DELGADO, D. ZUBIETA, B.** Tendencias Recientes del Embarazo

Adolescente en México. Foro: Embarazo en Adolescentes. Avances y

Retos. CONMUJER. SEGOB 2000:18–23. 2001. 10-19 p.

34. **AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS.** Committee on adolescence.

Contraception and adolescents. Pediatrics (Boston): 104;1161–6. 1999.

IX. ANEXOS

ANEXO I

ESCUELA SUPERIOR POLITECNICA DE CHIMBORAZO



FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

HOPITAL PROVINCIALGENERAL DE
LATACUNGA

SERVICIO DE GINECO-
OBSTETRICIA

INCIDENCIA DE EMBARAZO EN LA
ADOLESCENCIA

Evaluación de los factores de riesgo para embarazo en la adolescencia

I. DATOS DE IDENTIFICACION

1. HCl
2. Edad (aa).....
3. Peso(Kg).....
4. Instrucción..... _____
5. Estado civil..... _____
6. Procedencia(1=Urbano; 2=Rural).....

II. ANTECEDENTES GINECO – OBSTÉTRICOS

7. Menarquia.....
8. Tipo de parto anterior(1=Clínico; 2=Quirúrgico).....
9. Paridad(1=Nulípara; 2=Múltipara).....

III. DATOS CLINICOS

10. Hipertensión arterial gravídica(1=Si; 2=No)
11. Amenaza de parto pretérmino
12. (1=Si; 2=No).....
13. Amenaza de Aborto
14. (1=Si; 2=No).....
15. Aborto inducido(1=Si; 2=No).....
16. Mortalidad fetal (1=Si; 2=No).....
17. DCP (Desproporción cefalopélvica)
18. (1=Si; 2=No).....
19. Retardo de crecimiento intrauterino
20. (1=Si; 2=No).....
21. Parto prematuro (1=Si; 2=No).....
22. Presentación fetal distócica (1=Si; 2=No).....

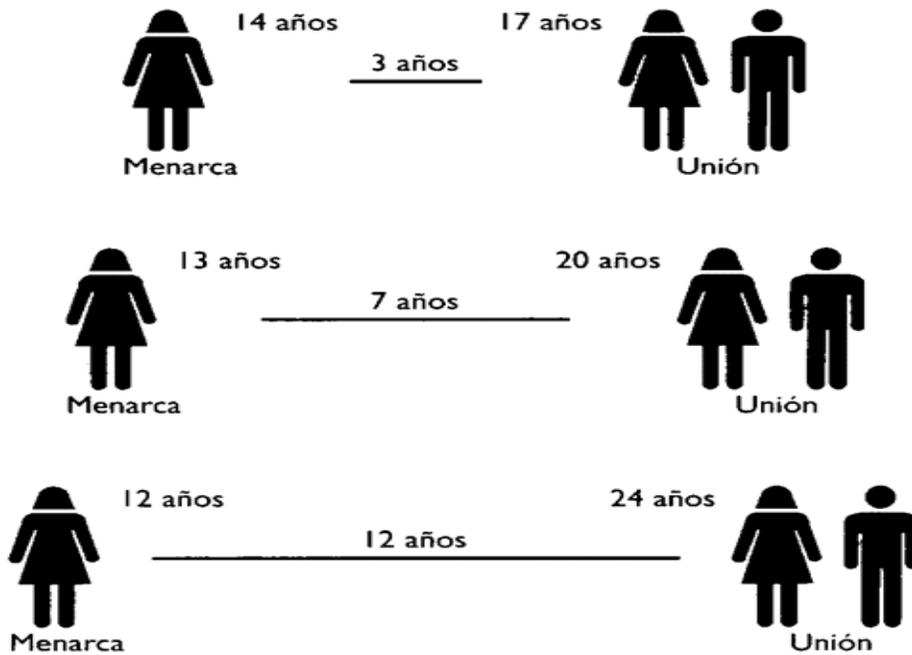
IV. DATOS DEL PARTO

23. Fecha del Parto: (dd/m m/aa)..... / /
24. Parto normal (1=Positivo; 2=Negativo).....
25. Parto por cesárea (1=Positivo; 2=Negativo).....

Investigador

ANEXO II

EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA



Fuente: Stern, Claudio. El Colegio de México, 1996

FIGURA 2. PERIODO DE RIESGO DE UN EMBARAZO ANTERIOR A LA UNIÓN

Tabla 5. Valoración de la educación por parte de los padres de las adolescentes embarazadas

Valoración de la educación	Deserción escolar previo embarazo		Deserción escolar durante embarazo	
	n	%	n	%
Sí	50	58,2	113	87,0
No	34	39,5	17	13,0
No sabe	2	2,3	0	0
Total	86	100,0	130	100,0

MATERNIDAD ADOLESCENTE



TIPO DE PARTO EN ADOLESCENTES



MORTALIDAD MATERNA EN ADOLESCENTES

Mortalidad materna en adolescentes y no adolescentes en algunos países, por 100.000 nacidos vivos

Países	15 – 19 años	20 – 34 años
Nigeria	526	223
Indonesia	1.100	575
Etiopía	1.270	436
Egipto	266	155
Brasil	108	80
Bangladesh	860	479
Argentina	55	50
Argelia	205	78

Patología psiquiátrica más frecuente en 185 embarazadas solteras menores de 20 años (Chile 1991 - 1997)

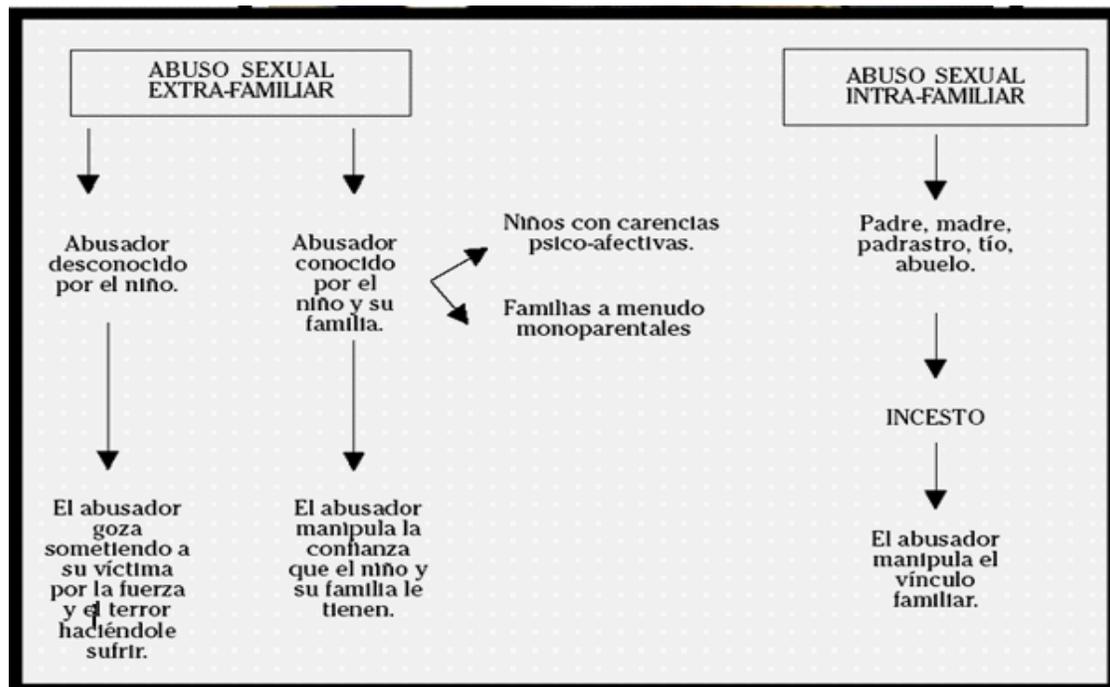
Diagnóstico	Nº	%
<u>1. Normales (60,5%)</u> Sin patología Trastornos de la personalidad	79	42,7
<u>2. Trastornos Emocionales (18,9%)</u> Reacción angustiosa y depresiva Trastornos neuróticos	30 5	16,2 2,7
<u>3. Patología Orgánica (8,7%)</u> Retraso mental Daño orgánico cerebral	14 2	7,6 1,1
<u>4. Otros diagnósticos</u> En estudio sin diagnóstico	3 19	1,6 10,6

ABORTO EN ADOLESCENTES

Abortos por 1.000 mujeres entre 15 y 19 años en países industrializados (1981)

País	Tasa
Estados Unidos	43,3
Suecia	20,1
Francia	18,1
Canadá	17,9
Inglaterra y Gales	16,8
Holanda	5,3

ABUSO SEXUAL INFANTIL



Cuadro N.-1 Porcentaje y número de pacientes por variable incidencia de embarazo en la adolescencia

EMBARAZOS	N.-	Porcentaje
Total embarazos	2400	100
Adolescentes embarazadas	415	17,29

Fuente Departamento de Estadística HPGL

Elaborado por Juan Guachamín

Cuadro N.-2 Porcentaje y número de pacientes por variable menarquia

MENARQUIA	N.-	Porcentaje
12	114	27,4
13	164	39,5
14	110	26,5
15	24	5,7
16	3	0,7
TOTAL	415	100

Fuente Departamento de Estadística HPGL

Elaborado por Juan Guachamín

Cuadro N.-3 Porcentaje y número de pacientes por variable paridad

PARIDAD	N.-	Porcentaje
Nulíparas	381	91,8
Multíparas	34	8,2
TOTAL	415	100

Fuente Departamento de Estadística HPGL

Elaborado por Juan Guachamín

Cuadro N.-4 Porcentaje y número de pacientes por variable tipo de parto anterior

TIPO PARTO ANTERIOR	N.-	Porcentaje
----------------------------	------------	-------------------

Clínico	27	79,4
Qurúrgico	7	20,6
TOTAL	34	100

Fuente Departamento de Estadística HPGL

Elaborado por Juan Guachamín

Cuadro N.-5 Porcentaje y número de pacientes por variable escolaridad

ESCOLARIDAD	N.-	Porcentaje
Analfabeta	3	0,7
Primaria	112	27,0
Secundaria	298	71,8
Superior	2	0,5
TOTAL	415	100

Fuente Departamento de Estadística HPGL

Elaborado por Juan Guachamín

Cuadro N.-6 Porcentaje y número de pacientes por variable edad

EDAD	N.-	Porcentaje
15-16	77	18,5
17-18	179	43,1
19-20	159	38,3
TOTAL	415	100

Fuente Departamento de Estadística HPGL

Elaborado por Juan Guachamín

Cuadro N.-7 Porcentaje y número de pacientes por variable nivel socio-económico

NIVEL SOCIO-ECONÓMICO	N.-	Porcentaje
Bueno	12	2,9
Regular	386	93,0
Malo	14	3,4

TOTAL	415	100
--------------	------------	------------

Fuente Departamento de Estadística HPGL

Elaborado por Juan Guachamín

Cuadro N.-8 Porcentaje y número de pacientes por variable lugar de residencia

LUGAR DE RESIDENCIA	N.-	Porcentaje
Urbana	253	61,0
Rural	162	39,0
TOTAL	415	100

Fuente Departamento de Estadística HPGL

Elaborado por Juan Guachamín

Cuadro N.-9 Porcentaje y número de pacientes por variable estado civil

ESTADO CIVIL	N.-	Porcentaje
Soltera	101	24,3
Casada	116	28,0
Divorciada	0	0
Viuda	0	0
Unión libre	198	47,7
TOTAL	415	100

Fuente Departamento de Estadística HPGL

Elaborado por Juan Guachamín

Cuadro N.-10 Porcentaje y número de pacientes por variable tipo de tratamiento

TIPO DE TRATAMIENTO	N.-	Porcentaje
Clínico(parto eutócico)	344	82,9
Quirúrgico(cesárea)	71	17,1
TOTAL	415	100

Fuente Departamento de Estadística HPGL

Elaborado por Juan Guachamín

Cuadro N.-11 Porcentaje y número de pacientes por variable días de hospitalización

DÍAS DE HOSPITALIZACIÓN	N.-	Porcentaje
1-5	397	95,7
6-10	16	3,8
11-15	2	0,5
TOTAL	415	100

Fuente Departamento de Estadística HPGL

Elaborado por Juan Guachamín

Cuadro N.-12 Porcentaje y número de pacientes por variable complicaciones obstétricas

COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS	N.-	Porcentaje
Aborto incompleto	28	19,3
Aborto diferido	5	3,4
Embarazo ectópico	4	2,7
Amenaza parto prematuro	17	11,7
Hipertensión inducida por embarazo	3	2,0
Mortalidad fetal	4	2,7
Presentaciones fetales distócicas	18	12,4
Desproporción céfalo-pélvica	28	19,3
Expulsivo prolongado	7	4,8
Infección vías urinarias	17	11,7
Preeclampsia	12	8,3
Eclampsia	2	1,4
TOTAL	145	100

Fuente Departamento de Estadística HPGL

Elaborado por Juan Guachamín