

COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS Y NEONATALES EN PRIMIGESTANTES
ATENDIDAS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE NEIVA EN EL PERIODO
ENERO A MARZO DEL 2010

HENRY ALBERTO CARREÑO CRUZ
JULIÁN ANDRÉS BARRETO PLAZAS

UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA
FACULTAD DE SALUD
PROGRAMA DE MEDICINA
NEIVA
2011

COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS Y NEONATALES EN PRIMIGESTANTES
ATENDIDAS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE NEIVA EN EL PERIODO
ENERO A MARZO DEL 2010

HENRY ALBERTO CARREÑO CRUZ
JULIÁN ANDRÉS BARRETO PLAZAS

Trabajo de grado presentado como requisito para optar al título de Médico

Asesor
DANIEL FERNÁNDEZ
Ginecólogo

UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA
FACULTAD DE SALUD
PROGRAMA DE MEDICINA
NEIVA
2011

Nota de Aceptación:

Firma del presidente del jurado

Firma del jurado

Firma del jurado

Neiva, 12 Enero 2011.

DEDICATORIA

A nuestros padres y hermanos por su apoyo incondicional en nuestra formación como personas y profesionales.

A nuestros amigos y nuestras novias, quienes comparten nuestros sueños y siempre están presentes cuando las necesitamos.

A todas las personas involucradas en nuestra formación profesional, que día a día ayudan a forjar en nosotros hombres con vocación de servicio a la comunidad.

Henry.
Julián.

AGRADECIMIENTOS

Los autores expresan sus agradecimientos a:

A la E.S.E Hospital Universitario de Neiva y a la Facultad de Salud de la Universidad Surcolombiana, por la formación que nos brindan, por su apoyo e interés por hacer de nosotros profesionales integrales de alta calidad con capacidad para afrontar los diferentes retos del sector salud.

A nuestros docentes por poner a nuestro servicio su conocimiento para guiar esta investigación.

A todas la personas que de manera directa e indirecta se vincularon con esta investigación, en especial a Diana Osorio Quimbayo, quien con sus aportes, su dedicación y apoyo desinteresado facilitaron el desarrollo del presente trabajo.

A nuestros amigos que hacen que el desarrollo de toda labor sea llevada a cabo siempre en un ambiente de cordialidad, apoyo y compañerismo.

CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCIÓN	12
1. ANTECEDENTES	14
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	16
3. JUSTIFICACIÓN	20
4. OBJETIVOS	21
4.1 OBJETIVO GENERAL	21
4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	21
5. MARCO TEÓRICO	23
5.1 ETAPAS DEL DESARROLLO FETAL	27
5.2 CRECIMIENTO FETAL	27
5.3 BIOMETRÍA DEL RECIÉN NACIDO	28
6. DISEÑO METODOLÓGICO	31
6.1 TIPO DE ESTUDIO	31
6.2 UBICACIÓN DEL ESTUDIO	31
6.3 POBLACIÓN, MUESTRA Y MUESTREO	31
6.4 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES	32
6.5 TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE LOS DATOS	34
6.6 INSTRUMENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN	35
6.7 PRUEBA PILOTO	35

	Pág.
6.8 PLAN DE PROCESAMIENTO DE DATOS O TRATAMIENTO DE LA INFORMACIÓN	35
6.9 TRATAMIENTO ESTADÍSTICO	36
6.10 FUENTES DE INFORMACIÓN	36
6.11 ASPECTOS ÉTICOS	36
7. RESULTADOS	38
8. DISCUSIÓN	43
9. CONCLUSIONES	46
10. RECOMENDACIONES	47
BIBLIOGRAFÍA	48
ANEXOS	55

LISTA DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1 Operalización de las variables	32
Tabla 2 Total casos con edad promedio	38
Tabla 3 Estado Civil de las pacientes	38
Tabla 4 Lugar de origen de las pacientes	39
Tabla 5 Nivel de Escolaridad da las Primigestantes	39
Tabla 6 Ocupación da las Pacientes	39
Tabla 7 Estrato Socioeconómico de las Pacientes.	40
Tabla 8 Controles Prenatales (CP)	40
Tabla 9 Consumo de Sustancias Tóxicas	40
Tabla 10 Vía del parto	41
Tabla 11 Motivo de la cesárea	41
Tabla 12 Diferencias en cuanto a resultados obtenidos entre las adolescentes embarazadas y el grupo control	42
Tabla 13 Complicaciones Perinatales	42

LISTA DE ANEXOS

	Pág.
Anexo A Ficha técnica: complicaciones obstétricas y características neonatales	56
Anexo B Presupuesto	58
Anexo C Cronograma	59

RESÚMEN

Se realizó un estudio retrospectivo y comparativo para analizar la incidencia, los riesgos, así como las complicaciones del embarazo y el parto en la adolescencia primigestante en el hospital universitario Hernando Moncaleano Perdomo de la ciudad de Neiva, desde el 1 de Enero de 2010 hasta el 31 de Marzo de ese año.

Se tomó como grupo estudio a las 153 adolescentes que parieron en esta etapa y se comparó con un grupo control de 140 gestantes de 20 años o más que parieron en igual fecha.

Esta información fue recogida de los expedientes clínicos de las pacientes y del libro de parto y llevada a encuestas. La incidencia de embarazo adolescente fue del 52,2%, la mayoría de estas eran solteras y se encontraban cursando estudios de secundaria, acudieron menor número de veces a sus controles prenatales y presentaron un mayor consumo de sustancias tóxicas, el 77,1% de estas gestantes presentó alguna patología durante el embarazo y sus productos sufrieron mayor número de complicaciones. Este estudio muestra todos los riesgos que implica un embarazo en estas edades, por lo que insistimos en lo importante de disminuirlos al mínimo.

Palabras claves: Riesgos de embarazo en adolescentes.

ABSTRACT

A comparative and retrospective study was developed to analyze the incidence, risks and complications of pregnancy and labor in primiparous adolescents at the university hospital Hernando Perdomo Moncaleano from Neiva, since January 1st, 2010 until March 31st that year.

As the study groups were taken 153 adolescents who gave birth at this stage and were compared with a group control of 140 pregnant women aged 20 or older who gave birth on the same date.

This information was gathered from medical records of patients and from the delivery book then surveys were carried out. The incidence of Teen pregnancy was 52.2%, most of these were single and studying in high school, they attended fewer times on their prenatal care and had a higher consumption of toxic substances; 77.1% of these pregnant women presented some pathology during pregnancy and their products suffered more complications. This study shows all the risks involved in a pregnancy at this age, so we emphasize the importance of diminish it to a minimum.

Key words: Risks of teen pregnancy.

INTRODUCCIÓN

La adolescencia es considerada un periodo de transición de la infancia para la vida adulta que se inicia por una serie de cambios corporales y se caracteriza por profundas transformaciones a nivel biológico, psicológico y social, muchas de ellas generadoras de crisis y conflictos. Sin embargo, el significado de dicha etapa varía según la época y la sociedad.

En esta época, los cambios psicosociales está ligada a los proceso de interacción social, búsqueda de su identidad, necesidad de independencia y tendencia grupal. Estos cambios que se explora en la adolescencia significan rupturas, que aunque normales y necesarias, tienen un costo personal y una considerable repercusión sobre su entorno más cercano.

No obstante, el progreso tecnológico, la influencia de los medios de comunicación, y la modificación en la escala de valores, son algunos de los factores que influyen en los hábitos, costumbres y formas de vida de la adolescencia y juventud. Algunos de ellos como el consumo alcohol, tabaco y/o sustancias psicoactivas, embarazos, enfermedades e infecciones de transmisión sexual, entre otros.

El embarazo a temprana edad es una causa muy común de cambio abrupto en los hábitos y condiciones de vida de la población adolescente en nuestro país, esto tiene un gran impacto en dicha población, llevándolos en la mayoría de los casos a la deserción escolar, pérdida de oportunidades de ingresos futuros, rechazo familiar y social, dificultades emocionales, físicas y financieras, y por último un factor muy importante que es el referente a los riesgos de salud que trae consigo el embarazo tanto para la madre como para el recién nacido.

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

Dada la importancia que representa este fenómeno para la sociedad queremos con este estudio analizar las complicaciones obstétricas y características

neonatales de los embarazos en mujeres primigestantes, para determinar la frecuencia y severidad de dichas complicaciones en dos grupos con diferente rango de edad incluidos en la presente investigación y de esta manera tener datos propios de nuestro medio que pueda medir el comportamiento de esta problemática en nuestro medio.

Este estudio es cuantitativo de tipo exploratorio descriptivo, en la cual se consideró pertinente la revisión de historias clínicas de madres primigestantes de 12 a 18 y de 19 a 35 años de edad, atendidas del 1 de Enero al 31 de Marzo del 2010 en el servicio de partos de la E.S.E Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo de la ciudad de Neiva.

1. ANTECEDENTES

El embarazo y maternidad de adolescentes son más frecuentes de lo que la sociedad quisiera aceptar. Es un suceso difícil que afecta la salud integral de los padres adolescentes, la de sus hijos, familiares y de la comunidad en su conjunto. Es por ello que se han realizado varios estudios a nivel mundial y regional con el fin de esclarecer específicamente cómo se ve afectada la madre y el neonato ante este suceso.

Los resultados de los estudios al respecto son controversiales y en los últimos años distintas investigaciones han destacado que estos riesgos (obstétricos, neonatales e infantiles) serían más el resultado del medio ambiente en el que vive la adolescente que la edad de la madre¹. En otras palabras, este mayor riesgo, en particular entre las adolescentes de mayor edad, podría explicarse relacionado a la pobreza, la nutrición deficiente, el hábito de fumar, la mala salud antes del embarazo y un control prenatal insuficiente y/o inadecuado².

En las adolescentes embarazadas las intervenciones que han mejorado su situación socioeconómica ha reducido la morbi-mortalidad perinatal³ y en aquellos lugares donde las adolescentes han accedido a un adecuado control prenatal también ha descendido la incidencia de parto pretérmino y bajo peso al nacer⁴.

Así, hay mucha experiencia acumulada que demuestra que con un apropiado soporte psicosocial y con adecuados controles prenatales los resultados obstétricos en las madres adolescentes son comparables, o casi tan buenos, como los que se observan en mujeres mayores de 20 años⁵. Incluso se ha

¹ STERN C. El embarazo en la adolescencia como problema público: una visión crítica. En: Informe Final El embarazo en la adolescencia: diagnóstico para reorientar las políticas y programas de salud. Argentina. (Agosto 2003 – Junio 2004), p.8.

² ZUCKERMAN, B., ALPERT, J. *et al.* Neonatal outcome: ¿is adolescent pregnant a risk factor? En: Informe Final El embarazo en la adolescencia: diagnóstico para reorientar las políticas y programas de salud. Argentina. (Agosto 2003 – Junio 2004), p.8.

³ OLAUSSON, P. y CNATTINGIUS S. Determinants of poor pregnancy outcomes among teenagers in Sweden. En: Informe Final El embarazo en la adolescencia: diagnóstico para reorientar las políticas y programas de salud. Argentina. (Agosto 2003 – Junio 2004), p.8.

⁴ SCHOLL, T. O. y MILLER L. K. Prenatal care adequacy and the outcome of adolescent pregnancy: effects on weight gain, preterm delivery, and birth weight. En: Informe Final El embarazo en la adolescencia: diagnóstico para reorientar las políticas y programas de salud. Argentina. (Agosto 2003 – Junio 2004), p.8.

⁵ GALE, R. y SEIDMAN, D. S. ¿Is teenage pregnancy a neonatal risk factor? En: Informe Final El embarazo en la adolescencia: diagnóstico para reorientar las políticas y programas de salud. Argentina. (Agosto 2003 – Junio 2004), p.8.

observado que haciendo intervenciones médicas oportunas e integrales se reducen significativamente las complicaciones obstétricas y perinatales⁶.

En sólo a edades muy tempranas (menores a 2 años post menarca, o sea alrededor de los 13-14 años) cuando se constituye en un evidente riesgo en términos biológicos en relación a resultados adversos, expresados en una mayor morbi-mortalidad perinatal, prematuridad y bajo peso al nacer⁷.

Presentamos los resultados principales de la revisión de importantes trabajos en relación al embarazo en adolescentes y resultados perinatales adversos. Centramos el trabajo en los factores más comúnmente asociados al riesgo perinatal en adolescentes: el parto pretérmino y el bajo peso al nacer.

La mayoría de los estudios revisados no permiten sacar conclusiones categóricas acerca de los riesgos evaluados. Muchos de ellos se basan en poblaciones pequeñas, con características o sesgos tales que hacen que los resultados difícilmente puedan ser extrapolados a la realidad o las realidades colombianas. Sin embargo, tomados en su conjunto, muestran tendencias y asociaciones relevantes.

⁶ VOTO, L.; LAPIDUS, A. y MARGULIES M. El embarazo en la adolescencia. Inconvenientes en el parto. Prevención y tratamiento. En: Informe Final El embarazo en la adolescencia: diagnóstico para reorientar las políticas y programas de salud. Argentina. (Agosto 2003 – Junio 2004), p.8.

⁷ FERNÁNDEZ-PAREDES, F. y CASTRO GARCÍA, M. et al. Características sociofamiliares y consecuencias en la salud materno-infantil del embarazo en edad precoz. En: Informe Final El embarazo en la adolescencia: diagnóstico para reorientar las políticas y programas de salud. Argentina. (Agosto 2003 – Junio 2004), p.8.

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Se denomina embarazo en adolescentes al que ocurre durante la adolescencia de la madre, definido por la Organización Mundial de la Salud OMS como el lapso de vida transcurrido entre los 10 y 19 años de edad. La fecundidad en la adolescencia es un fenómeno de grandes implicaciones al nivel personal y social, más aún cuando ocurre a edades tempranas en la adolescencia.

Desde el punto de vista individual, las consecuencias del embarazo durante la adolescencia son amplias, siendo en su mayoría de carácter negativo, tanto para el niño como para la madre. Desde el punto de vista del niño, las consecuencias son en salud, acarreando mayor riesgo de morbilidad y mortalidad durante el periodo neonatal, por la falta de desarrollo físico y emocional de la madre. Desde el punto de vista global de la sociedad, las tasas de crecimiento de la población son mayores cuando las mujeres tienen su primer hijo antes de los veinte años pues hay un menor tiempo de reemplazo entre generaciones.

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. Al revisar las implicaciones que tiene el embarazo en adolescentes se puede notar que hay una interacción económica, social, psicológica, física y de salud los cuales intentaremos revisar en los siguientes párrafos.

Principalmente y teniendo en cuenta las implicaciones de este, se registra el riesgo de muerte y enfermedad. La OMS considera como embarazo de riesgo el que ocurre en mujeres menores de 20 Años⁸, ya que es la causa principal de mortalidad de las jóvenes que tienen entre 15 y 19 años de edad debido a complicaciones relacionadas con el parto, y los abortos practicados en condiciones de riesgo⁹. El riesgo aumenta cuando las adolescentes son niñas de 10 a 14 años de edad, quienes tienen cinco veces mayores probabilidades de morir a causa del embarazo o el parto que las mujeres de 20 a 24 años¹⁰. Sumado

⁸ PORTAL CENTRO LATINOAMERICANO DE PERINATOLOGÍA SALUD DE LA MUJER Y REPRODUCTIVA (CLAP). El embarazo adolescente, citado por: BELTRÁN MOLINA, Luz. Embarazo en Adolescentes. Fundación Escuela de Gerencia Social. Caracas, 2006, p. 1.

⁹ PORTAL LA JUVENTUD Y LAS NACIONES UNIDAS. Informe sobre la juventud mundial 2005, citado por: BELTRÁN MOLINA, Luz. Embarazo en Adolescentes. Fundación Escuela de Gerencia Social. Caracas, 2006, p. 1.

¹⁰ CUESTIONES DE POBLACIÓN APOYO A LOS ADOLESCENTES, citado por: BELTRÁN MOLINA, Luz. Embarazo en Adolescentes. Fundación Escuela de Gerencia Social. Caracas, 2006, p. 2.

a esto está el aumento en las cifras de abortos que aumentan las posibilidades de morbi-mortalidad, ya que las cifras a nivel mundial muestran que 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, como lo reportan estudios en América Latina (en Brasil 50% de los nacimientos de mujeres entre 15 y 19 años no son planificados; en Jamaica, casi 45% de las jóvenes de entre 15 y 24 años había estado embarazadas alguna vez y habían interrumpido la gestación)¹¹. También la salud de los bebés puede verse afectada: los hijos de madres adolescentes tienen de 2 a 6 veces más probabilidades de tener hijos con bajo peso al nacer que las madres de 20 años o más.

Otras implicaciones igualmente importantes para las madres adolescentes son los cambios relacionados con la actividad social ya que tienen más probabilidades de abandonar los estudios secundarios, lo que disminuye sus posibilidades de participar plenamente en la sociedad, tener ingresos, cuidarse a sí mismas y cuidar a sus hijos. Estos factores la convierten en un factor que puede generar pobreza o acentuarla, además se convierte en un factor de transmisión de la pobreza de una generación a otra.

El embarazo en adolescentes representa costos para el Estado, por concepto de atención en salud por las complicaciones que el parto y el recién nacido puedan presentar, así como por la atención y el apoyo social de los niños en situación de desventaja: educación, hogares de guarda, programas de nutrición infantil, programas alimentarios y viviendas subsidiadas por el gobierno¹².

En América Latina, la edad promedio 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

¹¹ PORTAL ADVOCATES FOR YOUTH. Las repercusiones del embarazo y la procreación prematuros en las madres adolescentes y sus hijos, citado por: BELTRÁN MOLINA, Luz. Embarazo en Adolescentes. Fundación Escuela de Gerencia Social. Caracas, 2006, p. 3.

¹² PORTAL FONDO DE POBLACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS (UNFPA). El estado de la población mundial 2003 Asignar prioridad a los adolescentes: Costos de la inacción, citado por: BELTRÁN MOLINA, Luz. Embarazo en Adolescentes. Fundación Escuela de Gerencia Social. Caracas, 2006, p. 3.

poblacional, propicia comportamientos de riesgo que pueden acarrear embarazos no deseados o no planificados.

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 Latina¹³.

En los países en desarrollo, según el Informe sobre la juventud mundial 2005 uno de cada seis alumbramientos corresponde a jóvenes de 15 a 19 años de edad una de cada tres mujeres da a luz antes de los 20 años. Los partos de mujeres menores de 20 años representan el 17%, (14 millones de partos al año en el mundo entero). Cada año, más de 4,4 millones de adolescentes se someten a un aborto; de esos abortos, un 40% se realizan en malas condiciones¹⁴.

El Centro Latinoamericano de Demografía (CELAM) estima que el porcentaje de nacimientos de madres adolescentes es más bien cercano al 20%, mientras que otros organismos, como la UNICEF y el UNIFEM, lo establecen entre el 15 y el 26%¹⁵.

Colombia, al igual que la mayoría de los países de América Latina, sufrió grandes transformaciones sociales y económicas en la segunda mitad del siglo XX, entre las cuales se identifica la transición demográfica. Sin embargo, la transición de la fecundidad en el caso Colombiano se ha calificado de “espectacular” para el tamaño del país, pues la fecundidad se redujo en casi 50% en menos de 20 años.

Los descensos en fecundidad han ocurrido fundamentalmente entre las mujeres de 25 años y más, llevando a un rejuvenecimiento en el patrón de fecundidad y a un descenso en su edad media. Pero hay que tener en cuenta que contrario al comportamiento de la fecundidad total en América Latina la fecundidad en las mujeres menores de 20 años, o fecundidad adolescente, muestra escasa o nula disminución e incluso países como Brasil y nuestro país Colombia “muestra una tendencia creciente en la última década”¹⁶.

¹³ TASA DE FECUNDIDAD EN EL MUNDO, citado por: BELTRÁN MOLINA, Luz. Embarazo en Adolescentes. Fundación Escuela de Gerencia Social. Caracas, 2006, p. 1.

¹⁴ CUESTIONES DE POBLACIÓN APOYO A LOS ADOLESCENTES, Op. cit., p. 1.

¹⁵ PORTAL CENTRO LATINOAMERICANO DE DEMOGRAFÍA. Agenda Salud Nº 9, citado por: BELTRÁN MOLINA, Luz. Embarazo en Adolescentes. Fundación Escuela de Gerencia Social. Caracas, 2006, p. 2.

¹⁶ FLÓREZ, Carmen E., VARGAS, Elvia, et al. Fecundidad adolescente en Colombia: Incidencia, tendencias y determinantes. Un enfoque de historia de vida, citado por: URREA LEÓN, Claudia Milena. Aterrizamos de un golpe y

Si revisamos los datos estadísticos del Departamento del Huila, dados por la secretaria de salud, se hace visible que nuestro departamento no es ajeno a este fenómeno y comparte los lineamientos de crecimiento exponencial de embarazo en adolescentes que se registra a nivel nacional, ya que el 14.8% de las adolescentes de la región entre 15 a 19 años ya son madres, el 4.2% esperan su primer hijo, y el 19% alguna vez han estado embarazadas, por tal razón se considera éste un problema de alto impacto en nuestro departamento.

Teniendo en cuenta todo lo anteriormente expuesto notamos que el embarazo en adolescentes tiene un alto índice de prevalencia tanto a nivel mundial, continental y local, lo cual tiene grandes implicaciones a nivel social y para el sector salud.

Por lo tanto, la pregunta central de esta investigación es la siguiente:

¿Qué complicaciones obstétricas y características neonatales presentan los embarazos de mujeres primigestantes de 12 a 18 y de 19 a 35 años de edad, atendidas del 1 de Enero al 31 de Marzo del 2010, en el servicio de partos de la E.S.E Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo de la ciudad de Neiva?

3. JUSTIFICACIÓN

Los individuos de forma natural tiene una historia de vida en la cual hay diferentes etapas y en cada etapa los comportamientos y las actividades que se realizan son de acuerdo al desarrollo físico y psicosocial. Una forma de alteración de dicha historia de vida, se da cuando se modifican de forma abrupta los roles desempeñados hasta determinado momento, desde uno donde el individuo es sujeto de protección, hacia otro donde se convierte en el sujeto que proporciona protección, pero sin contar con las herramientas necesarias para desempeñar a cabalidad dicho papel. Por tal razón, la fecundidad en adolescentes es un problema diverso que influye en varios aspectos de la vida de las mujeres que están sujetas a dicha condición, tanto en su proceso de socialización como también aquel que se refiere a la salud de ellas y de sus hijos.

Dicha problemática se asocia al bajo nivel educativo, las diferencias socioculturales en el abordaje de la conducta sexual entre hombres y mujeres, la baja prevalencia en el uso de anticonceptivos, la necesidad insatisfecha de planificación familiar, el inicio de la actividad sexual a temprana edad y la alta vulnerabilidad para la violencia y abuso sexual.

El creciente número de embarazos en adolescentes, que nos ha llevado a considerarlo un problema de salud pública a nivel nacional, y teniendo en cuenta que la población adolescente embarazada no cuenta con un total desarrollo de su aparato reproductor lo cual puede repercutir en la salud y consecuentemente en la calidad de vida de los individuos involucrados en estos procesos.

Por lo tanto, consideramos que estas razones justifican la importancia de la fecundidad en adolescente como tema de investigación en el campo de la salud, tanto infantil como sexual y reproductiva, y como objeto de política social. Es por ello que se hace necesario realizar un estudio en el cual se puedan identificar, medir y comparar los reales factores de riesgo y complicaciones pre y postnatales a los que se enfrentan las mujeres, y el fruto de los embarazos a temprana edad de nuestra región. De esta manera, poder determinar si la edad es un factor que influye en el aumento y severidad de las complicaciones de las mujeres embarazadas de nuestro municipio.

Con lo anterior, pretendemos mostrar que el embarazo en adolescentes tiene un gran impacto en la salud de las mujeres y los recién nacidos para que de esta manera se dé un mayor impulso a los programas de promoción y prevención que actualmente desarrolla la secretaria de salud del departamento del Huila.

4. OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GENERAL

Describir las complicaciones obstétricas y características neonatales de los embarazos de mujeres primigestantes de 12 a 18 y 19 a 35 años de edad, atendidas del 1 de Enero al 31 de Marzo del 2009, en el servicio de partos de la E.S.E Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo de la ciudad de Neiva.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Determinar la frecuencia de embarazo en adolescentes atendidas en el servicio de partos de la E.S.E Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo de la ciudad de Neiva.
- Describir las características sociodemográficas de las primigestantes adolescentes y no adolescentes.
- Determinar el número de controles prenatales en mujeres primigestantes adolescentes y no adolescentes para conocer cual grupo acude de manera más regular a dicho control.
- Comparar el consumo de sustancias toxicas (Alcohol, cigarrillo y sustancias psicoactivas) entre el grupo de mujeres adolescentes y el grupo de mujeres en edad apropiada para embarazarse.
- Determinar el tipo de sustancia toxica de mayor prevalencia en el grupo de población objeto de estudio.
- Determinar los factores de riesgos que se relacionan con las complicaciones durante embarazo como: anemia, amenaza de parto pretérmino, pre eclampsia, ruptura prematura de membranas y hemorragias de primer, segundo y tercer semestre.

- Analizar la forma de terminación del embarazo tanto en madres adolescentes como no adolescentes, teniendo en cuenta número de pacientes a quienes se les realizó cesaria e identificar la causa de dicha cesaria.
- Comparar las patrones como peso al nacer, Capurro, Apgar, y hospitalización posterior al nacimiento, entre los recién nacidos (RN) hijos de madres adolescentes y los RN hijos de madres no adolescentes.

5. MARCO TEÓRICO

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 socioeconómica y fija sus límites entre los 10 y 20 años. 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.

En muchos países, los adolescentes llegan a representar del 20 al 25% de su población. En 1980 en el mundo había 856 millones de adolescentes y se estima que en el 2000 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. El 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 menarca, y/o cuando la adolescente es aún dependiente de su núcleo familiar de origen"¹⁷.

En países como Cuba se han identificado un proceso de rejuvenecimiento de la fecundidad señalando que las mujeres están teniendo hijos en edades más tempranas. Los Estados Unidos de Norteamérica presentan una situación específica que los hace similares y los diferencia de los países desarrollados de Europa Occidental. En estudios allí realizados han encontrado un aumento dramático de porcentaje de mujeres adolescentes, que mantienen vida sexual activa.

El adolescente de hoy en día tiene mayores posibilidades de enfrentar el fenómeno de un embarazo, deseado o no, lo cual acarrea toda una serie de problemas. Para poder comprender mejor lo dramático de la situación debemos recordar que alrededor del 50 % de las adolescentes entre 15 y 19 años, tienen vida sexual activa. Hay autores que plantean un incremento del 10 % anual de mujeres con relaciones sexuales a partir de los 12 hasta los 19 años de edad. Por otro lado, el 25 % de las adolescentes con experiencia sexual se embarazan y ocurre el 60 % de estas gestiones en los primeros 6 meses posteriores al inicio de las relaciones sexuales.

¹⁷ ISSLER, Juan R. et.all. Embarazo en la adolescencia. Revista posgrado de cátedra de medicina. Argentina, Nº 107, Agosto 2001, p. 11-23.

Además debemos añadir que alrededor del 35 % de las madres adolescentes son solteras y que el 50 % de las madres solteras son adolescentes; si añadimos que entre el 60 y el 70 % de estos embarazos no son deseados, podemos comprender los efectos psicosociales de este fenómeno¹⁸.

El embarazo en adolescentes, cada vez más frecuente en países en desarrollo, es considerado como un problema prioritario en salud pública, especialmente en comunidades deprimidas, debido a su alto riesgo de morbilidad: bajo peso al nacer, prematuridad y un alto riesgo de morbi-mortalidad materna, perinatal e infantil¹⁹. En países del tercer mundo como Colombia, es costumbre que la mujer tenga su primer hijo siendo una adolescente²⁰, especialmente en aquellos segmentos de la población deprimidos social, económica y culturalmente²¹.

Según el informe de Population Action International (PAI) de 1998, para 1995 la tasa de fecundidad (número anual de nacimientos por mil mujeres) en adolescentes en Colombia se estimó en 71 por mil, con una tasa de escolaridad en las niñas del 72%²². Además Las madres adolescentes de Colombia, el Brasil y la India tuvieron una mayor prevalencia de prematuridad y de niños de bajo peso comparadas con las madres adultas, estos estudios también sirvieron para mostrar una mayor tasa de mortalidad infantil y una relación con la pobreza ya que en el estudio de Brasil se concluyó que la mayoría de madres adolescentes crecían en medio de la pobreza y presentaban más desnutrición en los tres primeros años de vida comparados con los hijos de madres adultas²³. Las complicaciones del embarazo en las adolescentes descritas en la India²⁴ incluyen tasas significativas

¹⁸ PELÁEZ MENDOZA, J. Consideraciones del uso de anticonceptivos en la adolescencia, citado por: VALDES DACAL, Sigifredo, et al. Embarazo en la adolescencia. Incidencia riesgos y complicaciones. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología. Ciudad de la Habana: vol.28, n.2; (Mayo – Agosto 2002); p.85.

¹⁹ SINGH, S.; WULF, D. Adolescentes de hoy, padres del mañana: un perfil de las Américas, citado por: REINA, Julio César; DUFOUR, Darna, et al. Adolescentes y Embarazo: Salud y Nutrición. Revista Colombiana de obstetricia y ginecología. Colombia: Vol. 51, n. 3; (Julio - Septiembre 2000); p.201-212.

²⁰ WULF, D.; SINGH, S. Sexual activity, union and childbearing among adolescent women in the Americas, citado por: REINA, Julio César; DUFOUR, Darna, et al. Adolescentes y Embarazo: Salud y Nutrición. Revista Colombiana de obstetricia y ginecología. Colombia: Vol. 51, n. 3; (Julio - Septiembre 2000); p.201-212.

²¹ TOVAR, M. C.; MONTES, M. Embarazo en la Adolescencia, citado por: REINA, Julio César; DUFOUR, Darna, et al. Adolescentes y Embarazo: Salud y Nutrición. Revista Colombiana de obstetricia y ginecología. Colombia: Vol. 51, n. 3; (Julio - Septiembre 2000); p.201-212.

²² POPULATION ACTION INTERNATIONAL: La educación en las niñas desigualdades y progreso, citado por: REINA, Julio César; DUFOUR, Darna, et al. Adolescentes y Embarazo: Salud y Nutrición. Revista Colombiana de obstetricia y ginecología. Colombia: Vol. 51, n. 3; (Julio - Septiembre 2000); p.201-212.

²³ MARQUES, N. M.; EBRAHIM, G. J. The antecedents of adolescent pregnancy in a Brazilian squatter community, citado por: REINA, Julio César; DUFOUR, Darna, et al. Adolescentes y Embarazo: Salud y Nutrición. Revista Colombiana de obstetricia y ginecología. Colombia: Vol. 51, n. 3; (Julio - Septiembre 2000); p.201-212.

²⁴ ANANDALAKSHMY, P. N.; BUCKSHEE, K. Teenage pregnancy and its effect on maternal and child health: a hospital experience, citado por: REINA, Julio César; DUFOUR, Darna, et al. Adolescentes y Embarazo: Salud y Nutrición. Revista Colombiana de obstetricia y ginecología. Colombia: Vol. 51, n. 3; (Julio - Septiembre 2000); p.201-212.

de pre-eclampsia, eclampsia y mortalidad materna. En contraste, en los países industrializados, el embarazo en adolescentes parece tolerarse mejor físicamente²⁵ y aunque existen riesgos de un mayor número de casos de prematuridad y bajo peso²⁶, su proporción es menor, de tal manera que la atención se ha desviado al impacto psicosocial y económico²⁷.

El peso pre-concepcional es un indicador del estado nutricional materno y un determinante independiente y aditivo del peso del niño al nacer. El peso pre-concepcional es menor en la adolescente que en la mujer adulta, especialmente en comunidades del tercer mundo en donde el estado nutricional de la niña adolescente es a menudo deficiente. El peso ganado durante el embarazo parece ser el determinante más importante para la salud del niño. Una inadecuada ganancia de peso en el embarazo, aumenta significativamente el riesgo de bajo peso al nacer, prematuridad y complicaciones perinatales. Por razones no bien conocidas, la ganancia promedio de peso durante el embarazo en mujeres de países en desarrollo es mucho menor (5-9 kg) que en los países industrializados.

Frisancho y col. encontraron que la ganancia de peso durante el embarazo y el peso del niño al nacer era mayor en las adolescentes peruanas que ya habían terminado de crecer comparado con las que aún estaban creciendo²⁸. La adolescente embarazada necesita un aporte extra de energía (calorías) para compensar el costo del crecimiento fetal y de los tejidos asociados. Varios estudios han mostrado que la ingesta calórica durante el embarazo no aumenta en forma significativa para cubrir esas necesidades teóricas²⁹. La ganancia de peso materno y fetal varía significativamente durante el embarazo³⁰. En el primer trimestre ocurre la organogénesis fetal con un crecimiento mínimo y se pueden

²⁵ KONJE, J. C.; PALMER, A.; WATSON, A. et al. Early teenage pregnancies in Hull, citado por: REINA, Julio César; DUFOUR, Darna, et al. Adolescentes y Embarazo: Salud y Nutrición. Revista Colombiana de obstetricia y ginecología. Colombia: Vol. 51, n. 3; (Julio - Septiembre 2000); p.201-212.

²⁶ FRASER, A. M.; BROCKERT, J. E.; WARD, R. H. Association of young maternal age with adverse reproductive outcomes, citado por: REINA, Julio César; DUFOUR, Darna, et al. Adolescentes y Embarazo: Salud y Nutrición. Revista Colombiana de obstetricia y ginecología. Colombia: Vol. 51, n. 3; (Julio - Septiembre 2000); p.201-212.

²⁷ REINA, Julio César; DUFOUR, Darna; et al. Adolescentes y Embarazo: Salud y Nutrición. Revista Colombiana de obstetricia y ginecología. Colombia: Vol. 51, n. 3; (Julio - Septiembre 2000); p.201-212.

²⁸ FRISANCHO, A. R.; MATOS, M. D.; BOLLETINO, B. S. Influence of growth status and placental function on birth weight of infants born to young still-growing teenagers, citado por: REINA, Julio César; DUFOUR, Darna, et al. Adolescentes y Embarazo: Salud y Nutrición. Revista Colombiana de obstetricia y ginecología. Colombia: Vol. 51, n. 3; (Julio - Septiembre 2000); p.201-212.

²⁹ PRENTICE, A. M.; SPAAIJ, C. J. K.; GOLDBERG, G. R.; et al. Energy requirements of pregnant and lacting women, citado por: REINA, Julio César; DUFOUR, Darna, et al. Adolescentes y Embarazo: Salud y Nutrición. Revista Colombiana de obstetricia y ginecología. Colombia: Vol. 51, n. 3; (Julio - Septiembre 2000); p.201-212.

³⁰ HYTTEN, F. E & LEITCH, I. The Physiology of Human Pregnancy, citado por: REINA, Julio César; DUFOUR, Darna, et al. Adolescentes y Embarazo: Salud y Nutrición. Revista Colombiana de obstetricia y ginecología. Colombia: Vol. 51, n. 3; (Julio - Septiembre 2000); p.201-212.

observar los efectos teratogénicos sobre el feto. En el segundo trimestre la velocidad del crecimiento fetal es mucho mayor y puede estar influenciada por la nutrición materna. La ganancia de peso fetal entre las semanas 14 y 28 es 12 veces mayor³¹. Una deficiente ganancia de peso materno en el segundo semestre se asocia a un riesgo dos veces mayor de retardo en el crecimiento intrauterino, aunque la contribución del crecimiento fetal a la ganancia de peso materno sea mínima³². En el tercer trimestre el feto cuadruplica su masa grasa³³.

Las adolescentes embarazadas especialmente aquellas que viven en comunidades deprimidas, debido a la pobreza y a la falta de una buena educación y consejería, son vulnerables para desarrollar deficiencias nutricionales que pueden conducir al agotamiento en los depósitos de nutrientes esenciales, la adquisición de pobres hábitos dietéticos y un inadecuado control prenatal³⁴. Se han descrito una mayor frecuencia de recién nacidos de bajo peso, mayor mortalidad perinatal y defectos y malformaciones congénitas en el producto de la gestación y de anemia de la madre adolescente como resultado de una deficiente nutrición en micro-nutrientes³⁵.

El reconocimiento del riesgo que representa el embarazo para la adolescente ha dirigido la atención de obstetras, y sicólogos hacia ese sector de la sociedad. El mayor peligro de parto pretérmino y de muertes neonatales en los hijos de madres adolescentes ha sido descrito por varios autores, que identifican además la toxemia, partos prolongados y aumento de la incidencia de cesáreas en este grupo de riesgo; publicaciones especializadas coinciden en resaltar el incremento de la frecuencia de anemia, toxemia y complicaciones puerperales en estas pacientes³⁶. Además existe evidencia de que el crecimiento y desarrollo de

³¹ MOORE, K. L. The fetal period. In: The Developing Human, citado por: REINA, Julio César; DUFOUR, Darna, et all. Adolescentes y Embarazo: Salud y Nutrición. Revista Colombiana de obstetricia y ginecología. Colombia: Vol. 51, n. 3; (Julio - Septiembre 2000); p.201-212.

³² STRAUSS, R. S.; DIETZ, W. H. Low maternal weight gain in the second or third trimester increases the risk for intrauterine growth retardation, citado por: REINA, Julio César; DUFOUR, Darna, et all. Adolescentes y Embarazo: Salud y Nutrición. Revista Colombiana de obstetricia y ginecología. Colombia: Vol. 51, n. 3; (Julio - Septiembre 2000); p.201-212.

³³ MOORE, K. L. The fetal period. In: The Developing Human, citado por: REINA, Julio César; DUFOUR, Darna, et all. Adolescentes y Embarazo: Salud y Nutrición. Revista Colombiana de obstetricia y ginecología. Colombia: Vol. 51, n. 3; (Julio - Septiembre 2000); p.201-212.

³⁴ SCHNECK, M. E.; SIDERAS, K. S.; FOX, R. A.; et all. Low-income pregnant adolescents and their infants: dietary findings and health outcomes, citado por: REINA, Julio César; DUFOUR, Darna, et all. Adolescentes y Embarazo: Salud y Nutrición. Revista Colombiana de obstetricia y ginecología. Colombia: Vol. 51, n. 3; (Julio - Septiembre 2000); p.201-212.

³⁵ SCHOLL, T. O.; HEDIGER, T.; FISCHER, R. L.; et all. Anemia vs iron deficiency: increased risk of preterm delivery in a prospective study, citado por: REINA, Julio César; DUFOUR, Darna, et all. Adolescentes y Embarazo: Salud y Nutrición. Revista Colombiana de obstetricia y ginecología. Colombia: Vol. 51, n. 3; (Julio - Septiembre 2000); p.201-212.

³⁶ PELÁEZ MENDOZA, J.; SARMIENTO BARCELÓ, J. de la Oz Cornesa R.; ZAMBRANO CÁRDENAS A. Cesárea en la Adolescente: Morbilidad Materna y Perinatal, citado por: VALDES DACAL, Sigifredo, et all. Embarazo en la adolescencia. Incidencia riesgos y complicaciones. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología. Ciudad de la Habana: vol.28, n.2; (Mayo - Agosto 2002); p.85.

adolescente en el momento del embarazo puede afectar al feto ya que existe la hipótesis de una competencia materno-fetal por nutrientes en la madre adolescente aún en crecimiento³⁷ lo que daría por resultado un bajo peso al nacer³⁸.

5.1 ETAPAS DEL DESARROLLO FETAL

Blastogénesis: Ocupa las dos primeras semanas post-fecundación: Preimplantación → Implantación → Postimplantación → Blástula. En este período la alta vulnerabilidad conduce a abortos (ley de todo o nada).

Período embrionario: De las semanas 2 a la 10 (8 post-fecundación): Desde gástrula hasta la organogénesis. En este período de embriogénesis, también muy vulnerable, se producen las malformaciones.

Período fetal: Desde la semana 11 al nacimiento: Crecimiento y maduración.

5.2 CRECIMIENTO FETAL

El embarazo en la especie humana tiene una duración de 38 semanas (266 días) postfecundación o de 40 semanas (280 días ó 10 meses lunares) tras fecha de última regla. Consideramos embarazo a término entre las 37 - 42 semanas postúltima regla, <37 semanas sería el período pretérmino y >42 semanas el posttérmino.

Durante el embarazo la población celular del feto a término se ha multiplicado hasta 42 veces (en el adulto ya sólo lo hará hasta 46), lo que representa un aumento de hasta 17.000 veces su diámetro y más de 25 millones de veces su masa. Este crecimiento fetal sigue una curva sigmoidea o exponencial, siendo

³⁷ SCHOLL, T. O.; HEDIGER, M. L. A review of the epidemiology of nutrition and adolescent pregnancy: maternal growth during pregnancy and its effects on the fetus, citado por: REINA, Julio César; DUFOUR, Darna, et all. Adolescentes y Embarazo: Salud y Nutrición. Revista Colombiana de obstetricia y ginecología. Colombia: Vol. 51, n. 3; (Julio - Septiembre 2000); p.201-212.

³⁸ REINA, J. C, de OROZCO B, SPURR, G. B. Body mass index and socioeconomic status of Colombian children, citado por: REINA, Julio César; DUFOUR, Darna, et all. Adolescentes y Embarazo: Salud y Nutrición. Revista Colombiana de obstetricia y ginecología. Colombia: Vol. 51, n. 3; (Julio - Septiembre 2000); p.201-212.

lento hasta las semanas 15-16, acelerado hasta la 38 y nuevamente enlentecido hasta la 42. Se produce en dos períodos:

- Período de crecimiento rápido en talla: Se da entre las semanas 10 y 28, en el que domina la proliferación celular, con escasa variación en el peso. Entre los meses 3^o a 5^o llega a aumentar un promedio de 5 cm/mes.
- Período de aumento de peso: Desde la semana 28 al final. Domina la hiperplasia celular. En los dos últimos meses gana unos 700 g/mes. Y, aún con grandes variaciones los pesos medios fetales oscilan alrededor de:
500 g a la semana 20.
1000 g a la semana 28.
3200 g a término.

5.3 BIOMETRÍA DEL RECIÉN NACIDO

Talla: Alrededor de 50 cm (una regla, aunque no exacta, de evaluar la talla fetal a lo largo de la gestación sería: n^2 hasta el 5^o mes lunar, y $nx5$ del 6^o al 10^o mes lunar).

Peso: 2500-4500 g (media general de 3200 g; siendo para las niñas Tema O-1/2 unos 150 g inferior). Si pesa <2500 g, se habla de RN de bajo peso (prematuro o retraso de crecimiento). Si pesa ≥ 4500 g, se habla de macrosomas.

La primera relación sexual cada vez ocurre en estadios de la vida más tempranos lo cual se asocia a un mayor riesgo de embarazos y de contraer enfermedades de transmisión sexual. Mientras más precoz ocurre el primer coito mayor es el número de parejas sexuales que tienen esas personas y por lo tanto los riesgos se multiplican³⁹.

³⁹ OMAN, R. F.; VESELY, S. K.; ASPY, C. B.; MCLEROY, K. R.; LUBY, C. D. The association between multiple youth assets and sexual behavior, citado por: CUTIÉ, J. R.; LAFFITA BATSTA, A.; TOLEDO, M. Primera relación sexual en adolescentes cubanos. Revista chilena de obstetricia y ginecología. Santiago de Chile, Vol 70, n.2, 2005, p.85.

La etiología tiene que ver con el nivel socioeconómico bajo, inestabilidad familiar, expectativas del grupo de pares respecto de la iniciación de las relaciones sexuales, declinación de las barreras sociales para el ejercicio de la sexualidad⁴⁰.

También se relaciona con modelos reproductivos que tienden a repetirse, es decir, madres que también lo fueron a edades tempranas⁴¹.

El impacto del embarazo en la adolescencia es psicosocial y se traduce en deserción escolar, mayor número de hijos, desempleo, fracaso en la relación de pareja e ingresos inferiores de por vida. Constituye a perpetuar el ciclo de la pobreza y la “feminización de la miseria. El embarazo en la adolescencia representa un serio problema social⁴². Se considera desde el punto de vista médico y social como una situación de riesgo. Muchos problemas se suscitan dado que la adolescente tiene rechazo del entorno e inmadurez biopsicosocial, constituyendo un grave problema en salud pública tanto en América Latina como en el resto del mundo⁴³.

Desde la perspectiva sociocultural, la adolescente embarazada limita sus oportunidades de estudio y trabajo, puesto que la mayoría de ellas se ve obligada a desertar del sistema escolar, quedando la adolescente con un nivel de escolaridad muy bajo que no le permite acceder a un trabajo digno que le permita satisfacer, al menos, sus necesidades básicas. Esta situación se ve agravada por su condición de madre soltera en que queda la mayoría de estas adolescentes, debido a que la pareja es generalmente un adolescente o joven que no asume su responsabilidad paterna, provocando una situación de abandono afectivo, económico y social en la madre y el niño⁴⁴.

⁴⁰ ROMERO, M. I.; MADDALENO, M.; SILBER, Tomás J.; MUNIST, M. Salud reproductiva, citado por: ULANOWICZ, María Gabriela; PARRA, Karina Elizabeth; WENDLER, Gisela Elizabeth; MONZÓN, Lourdes Tisiana. Riesgos en el embarazo adolescente. Revista de Posgrado de la VIª Cátedra de Medicina. Argentina, n. 153, (Enero 2006), p.14.

⁴¹ FERNÁNDEZ, L. S.; CARRO PUIG, E.; OSES FERRERA, D.; PÉREZ PIÑERO, J. Caracterización de la gestante adolescente, citado por: ULANOWICZ, María Gabriela; PARRA, Karina Elizabeth; WENDLER, Gisela Elizabeth; MONZÓN, Lourdes Tisiana. Riesgos en el embarazo adolescente. Revista de Posgrado de la VIª Cátedra de Medicina. Argentina, n. 153, (Enero 2006), p.14.

⁴² TAVARA OROZCO, L. Contribución de las adolescentes a la muerte materna en el Perú, citado por: ULANOWICZ, María Gabriela; PARRA, Karina Elizabeth; WENDLER, Gisela Elizabeth; MONZÓN, Lourdes Tisiana. Riesgos en el embarazo adolescente. Revista de Posgrado de la VIª Cátedra de Medicina. Argentina, n. 153, (Enero 2006), p.14.

⁴³ LEZCANO, S. A.; VALLEJOS ARCE, M. S.; SODERO, H. Caracterización del recién nacido en madres adolescentes, citado por: ULANOWICZ, María Gabriela; PARRA, Karina Elizabeth; WENDLER, Gisela Elizabeth; MONZÓN, Lourdes Tisiana. Riesgos en el embarazo adolescente. Revista de Posgrado de la VIª Cátedra de Medicina. Argentina, n. 153, (Enero 2006), p.14.

⁴⁴ BURROWS, R.; ROSALES, M.; ALAYO, M.; MUZZO, S. Variables psicosociales y familiares asociadas con el embarazo de adolescentes, citado por: MOLINA, Marta; FERRADA, Cristina; PÉREZ, Ruth; et all. Embarazo en la adolescencia y su relación con la deserción escolar. Santiago: Vol. 132, n. 1; (Enero 2004), p.66.

Otros estudios en nuestro país han mostrado que las adolescentes presentan con mayor frecuencia eclampsia, partos pretérmino, ruptura prematura de membranas, bajo peso al nacer, prematuridad, complicaciones posparto e infecciones de herida quirúrgica; mientras que las adultas, hemorragias de tercer trimestre, diabetes gestacional y cesáreas⁴⁵.

⁴⁵ BOJANINI B., Juan Fernando; GÓMEZ D., Joaquín Guillermo. Resultados obstétricos y perinatales en adolescentes. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología. Colombia: Vol. 55, n.2; (Junio 2004), p.114.

6. DISEÑO METODOLÓGICO

6.1 TIPO DE ESTUDIO

El estudio es de tipo observacional descriptivo de Incidencia, retrospectivo, en donde el periodo de recolección de la información se efectuó después de ocurrido el evento, en este caso embarazos de primigestantes, con edades comprendidas entre 12 a 18 años y 19 a 35 años, atendidas en el servicio de partos del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo de la ciudad de Neiva.

6.2 UBICACIÓN DEL ESTUDIO

El estudio se llevó a cabo en la ciudad de Neiva, capital del departamento del Huila (Colombia), en la E.S.E. Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo, la cual presta servicios de alta complejidad en consulta médica especializada, urgencias, cirugía, hospitalización, unidades de cuidado crítico, apoyo diagnóstico y complementación terapéutica, unidad de salud mental, unidad renal, unidad de trasplante, unidad de cancerología, servicio de epidemiología y otros servicios especiales. Se encuentra ubicado en la Calle 9 No 15-25, y es el centro de atención más grande del Surcolombiano, donde se atiende población del Huila, Caquetá y Putumayo. Nuestro estudio se ubicó en el servicio de sala de partos (2^{do} piso), de dicha E.S.E.

6.3 POBLACIÓN, MUESTRA Y MUESTREO

La población de estudio fue tomada de las historias clínicas de pacientes que ingresaron al servicio de sala de partos del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo de la ciudad de Neiva, en el periodo comprendido entre el 1 de enero y el 31 de marzo del 2010.

En el proceso de selección de la muestra en la investigación, se utilizó muestreo no probabilístico intencional ya que las historias clínicas incluidas en el estudio fueron las registradas como atendidas en el servicio de partos de la E.S.E Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo de Neiva que cumplieron con los siguientes criterios de inclusión:

- Mujeres embarazadas menores de 18 años.

- Mujeres embarazadas entre los 19 y 35 años.
- Primigestantes.

Criterios de exclusión.

- Mujeres embarazadas mayores de 35 años.
- Múltiparas.

Como muestra se tomaron 293 historias clínicas que cumplieron con los criterios de inclusión de las cuales se recopiló la información para analizar las variables que nos ayudaron a cumplir con el objetivo de la investigación.

6.4 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Tabla 1 Operalización de las variables

Variable	Definición	Sub variable	Categoría	Indicador	Nivel de Medición
Incidencia de embarazo en adolescentes.	Embarazo que ocurre antes de los 19 años.		Si, No.		Nominal.
Características sociodemográficas de las madres adolescentes primigestantes.	Son los datos que nos dan información general de cada paciente y nos permite clasificarlos.	Edad.	Años.	Proporción por años.	Razón.
		Procedencia.	Departamento Municipio Área urbana Área rural.	Proporción por procedencia.	Nominal.
		Estrato.	0 a 6.	Proporción por estrato.	Ordinal.

Tabla 1 (Continuación)

Variable	Definición	Sub variable	Categoría	Indicador	Nivel de Medición
Controles prenatales.	Conjunto de actividades de promoción, prevención, diagnóstico y tratamiento planificadas y periódicas con el fin de lograr una adecuada gestación.		Si, No.		Nominal.
Características neonatales.	Corresponde a:				
	Bajo peso al nacer (menor de 2500 g).	Peso al nacer.	Gramos.	Proporción por gramos.	De intervalo.
	Valoración de edad gestacional al nacimiento.	CAPURRO.	Puntaje de acuerdo a escala de medición.	Proporción por escala de medición.	Ordinal.
	Adaptación neonatal.	APGAR.	Puntaje de acuerdo a escala de medición.	Proporción por escala de medición.	Ordinal.
	Hospitalización posterior al nacimiento.		Si, No.		Nominal.
Consumo de sustancias tóxicas.	Corresponde a las madres menores de 35 años que consumen sustancias tóxicas.	Alcohol. Sustancias psicoactivas. Drogas.	Si, No. Si, No. Si, No.		Nominal.
Terminación del embarazo.	Corresponde a forma utilizada para la finalización del embarazo.	Parto Vaginal.	Si, No.		Nominal.
		Cesárea.	Si, No.		Nominal.

Tabla 1 (Continuación)

Variable	Definición	Sub variable	Categoría	Indicador	Nivel de Medición
Características de las complicaciones maternas.	Corresponde a los eventos adversos durante el embarazo que afectan tanto a la madre como al feto	Anemia.	Cuadro hemático.		De intervalo
		Amenaza de parto pretérmino.	Clínica (aparición de contracciones uterinas en pacientes con membranas integras entre las 28 y 37 semanas con pocas modificaciones del cuello uterino).		Nominal.
		Pre eclampsia.	Tensión arterial. Parcial de orina.		De intervalo.
		Ruptura prematura de membranas.	Si, No.		Nominal.
		Hemorragias de primer, segundo y tercer semestre.	Si, No.		Nominal.

6.5 TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE LOS DATOS

La presente investigación se realizó mediante la recolección de información, utilizando como técnica la revisión documental de datos confinados en las historias clínicas, que se registraron en el libro de sala de partos de la E.S.E Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo de Neiva, y que cumplieran con los criterios de inclusión para la investigación.

Posteriormente de acuerdo a los números de historias clínicas y nombres de los pacientes, se solicitaron las historias al archivo general de la E.S.E Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo de Neiva.

Teniendo en cuenta las variables que se necesitaron para el desarrollo del proyecto, aplicamos un cuestionario cerrado (Anexo A), en el cual se recolectó la información de las historias clínicas que cumplieron con los criterios de inclusión.

6.6 INSTRUMENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

Se elaboró un cuestionario cerrado que fue respondido por los investigadores tomando como fuente de información las historias clínicas de los pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión y fueron atendidas durante el periodo del 1 de enero al 31 de marzo del 2010 (Anexo A).

La aprobación del instrumento se basó en su pertinencia teórico-práctica, para ello se contó con la colaboración del servicio de Ginecología de la E.S.E Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo.

6.7 PRUEBA PILOTO

Teniendo como base la aprobación previa del instrumento por parte del personal médico especializado en el área de Ginecología se realizó una prueba práctica para evaluar la viabilidad y pertinencia del instrumento. Para la prueba piloto se analizaron 30 historias clínicas.

6.8 PLAN DE PROCESAMIENTO DE DATOS O TRATAMIENTO DE LA INFORMACIÓN

Con la información recolectada en el instrumento se elaboró una base de datos utilizando el programa Excel 2007. Luego de tener capturada y confinada la información se realizó el análisis de los datos obtenidos con el programa Epi Info versión 3.5.

En el análisis univariado se presentó la información de acuerdo con el tipo de variables y su categorización, las variables se midieron en porcentajes.

El análisis bivariado se realizó mediante el cruce de variables encontrando una correlación significativa al relacionar las distintas variables con el evento estudiado.

6.9 TRATAMIENTO ESTADÍSTICO

El análisis de los resultados será de tipo estadístico descriptivo, de esta forma se puede apreciar lo consignado en los cuestionarios que se aplicaron, para identificar y cuantificar las frecuencias de cada una de las variables. Los resultados se presentaron en tablas y gráficas.

6.10 FUENTES DE INFORMACIÓN

La información fue obtenida a partir de las historias clínicas de las pacientes primigestantes menores de 35 años atendidas el servicio de sala de partos de la E.S.E Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo de Neiva, en el periodo comprendido entre 1 de enero a 31 de marzo del 2010.

6.11 ASPECTOS ÉTICOS

Teniendo en cuenta la resolución 8430 de 1993 del ministerio de la protección social por el cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud, Este tipo de investigación no reviste ningún riesgo para la persona que ingresa al estudio, ya que no viola los principios de respeto a la autonomía, no maleficencia, beneficencia y de justicia.

No se planeó ni se realizó ninguna intervención al paciente, realizando las evaluaciones mencionadas en la metodología y mediante las técnicas ya expuesta.

Se realizó solicitud de autorización para revisión de Historias Clínicas en el proceso de manejo de la información, en el cual se le brindará total confidencialidad, además se asignó un número de identificación sucesivo a cada paciente, este número no tuvo ninguna correspondencia con el número de historia clínica o cedula de ciudadanía.

La relación entre el número de identificación asignado y la información completa y real del paciente solo fue conocida y manejada por los investigadores.

Debido a que el origen de los datos es la historia clínica del paciente y que las consideraciones de confidencialidad ya han sido expuestas, no fue necesaria la utilización del consentimiento informado de acuerdo a la normatividad vigente (Resolución 1995 de 1999).

La presente investigación fue aprobado por el comité de Ética en Investigación de la Facultad de Salud de la Universidad Surcolombiana, en sesión del 18 de enero de 2011 y según consta en el acta No. 01 de la fecha.

7. RESULTADOS

Teniendo en cuenta la metodología anteriormente mencionada, se expone los resultados encontrados durante la aplicación de las técnicas utilizadas en el desarrollo de la presente investigación. Es de resaltar que dada la importancia de comparar las variables, el grupo de estudio fue dividido en dos, uno que incluye las primigestantes menores de 19 años al que denominamos casos y otro de mujeres primigestantes con edad de 19 a 35 años al que denominamos control.

De 293 pacientes documentadas primigestantes 153 (52,22%) fueron adolescentes con una edad promedio de 16,24 años y 140 (47,78%) fueron el control con una edad promedio de 22,56 años (Tabla 2).

Tabla 2 Total casos con edad promedio

Grupos	Número	%	Edad Promedio
Casos	153	52,22	16,24
Control	140	47,78	22,56
Total	293	100	18,96

Con relación al estado civil de la población estudiada se encontró que el 72,5% de las adolescentes al momento del parto se hallaban solteras, mientras que en el grupo control el 61,4 % se encontraban en unión libre (Tabla 3). Se presentó una distribución similar para los dos grupos con respecto al lugar de origen rural y/o urbano (Tabla 4).

Tabla 3 Estado Civil de las pacientes

Tipo	Casos	%	Control	%
Soltera	111	72,5	32	22,9
Casada	4	2,6	22	15,7
Unión Libre	38	24,9	86	61,4
Total	153	100	140	100

Tabla 4 Lugar de origen de las pacientes

Tipo	Casos	%	Control	%
Rural	54	35,3	39	27,8
Urbano	99	64,7	101	72,2
Total	153	100	140	100

La mayoría de las adolescentes presentaron un nivel de escolaridad de secundaria (75,8%), con nivel educativo técnico se encontró un 2% y no se reportó adolescente cursando estudios de educación superior. El grupo control presentó un nivel de escolaridad de secundaria menor (61,4%) pero en los niveles técnico y superior se encontró mayor número de casos (16,5% - 2,9%). Con respecto al analfabetismo y la primaria se presentaron distribuciones similares (Tabla 5).

Tabla 5 Nivel de Escolaridad da las Primigestantes

Tipo	Casos	%	Control	%
Analfabeta	5	3,3	2	1,4
Primaria	29	18,9	25	17,8
Secundaria	116	75,8	86	61,4
Técnico	3	2	23	16,5
Profesional	0	0	4	2,9
Total	153	100	140	100

Con relación a la ocupación de las pacientes vemos en las adolescentes el 52,9% de los casos se hallaban estudiando mientras un bajo porcentaje trabaja 1,9% y finalmente un 45,2% son amas de casa. El grupo control presentó una distribución totalmente diferente puesto que la mayoría de las pacientes son amas de casa 72,9% seguido por 20,7% que trabaja y un 6,4% que estudia (Tabla 6).

Tabla 6 Ocupación da las Pacientes

Ocupación	Casos	%	Control	%
Estudiante	81	52,9	9	6,4
Trabajadora	3	1,9	29	20,7
Ama de casa	69	45,2	102	72,9
Total	153	100	140	100

Todos los casos correspondieron a los estratos del 1 al 3 incluida población desplazada. No se presentaron pacientes de estratos 4, 5 y 6. Las adolescentes presentaron mayores porcentajes en los estrato uno (53,3%) y desplazados (24,8%), mientras que el grupo control los presentó en los estratos uno (39,3%) y dos (40,7%) (Tabla 7).

Tabla 7 Estrato Socioeconómico de las Pacientes

Estrato	Casos	%	Control	%
Desplazado	38	24,8	21	15
1	82	53,6	55	39,3
2	31	20,3	57	40,7
3	2	1,3	7	5
Total	153	100	140	100

El 89,5 % de las adolescentes asistieron a sus controles prenatales con un promedio de 6,4 veces, mientras que el grupo control se presentó en un 82,3% con un promedio mayor de 6,9 veces (Tabla 8). Con respecto al consumo de sustancias tóxicas el 12,4% de las adolescentes refirió consumir algún tipo de sustancia, mientras que el 8,6% del grupo control lo presentó (Tabla 9).

Tabla 8 Controles Prenatales (CP)

Presentó	Casos	%	Control	%
Si	137	89,5	126	82,3
No	16	10,5	14	17,7
Total	153	100	140	100
Promedio Cp	6,4		6,9	

Tabla 9 Consumo de Sustancias Tóxicas

Presentó	Casos	%	Control	%
Si	19	12,4	12	8,6
No	134	87,6	128	91,4
Total	153	100	140	100

La vía del parto que predominó fue la vaginal que se presentó en un 59,5% en las adolescentes y en un 70,7% en el grupo control, la vía de parto por cesárea se

presentó en un 30,7% en la adolescentes y en un 22,1% en el grupo control (Tabla 10). El principal motivo de cesárea en las adolescentes fue la desproporción cefalopélvica con un 29,8% seguida por Inducción fallida con un 19,1%. En el grupo control el principal motivo de cesárea fue presentación podálica con un 19,4% seguida por la inducción fallida con un 12,9%, un 35% de las cesáreas en el grupo control correspondió a parto gemelares, pacientes VIH, entre otras (Tabla 11).

Tabla 10 Vía del parto

Vía	Casos	%	Control	%
Vaginal	91	59,5	99	70,7
Abdominal	47	30,7	31	22,1
Otra	15	9,8	10	7,2
Total	153	100	140	100

Tabla 11 Motivo de la cesárea

Patología	Casos	%	Control	%
Desproporción cefalopélvica (DP)	14	29,8	3	9,7
Inducción fallida (IF)	9	19,1	4	12,9
Presentación podálica (PP)	8	17	6	19,4
Sufrimiento fetal agudo (SFA)	4	8,5	2	6,4
Trabajo de parto prolongado (TPP)	3	6,4	3	9,7
Embarazo prolongado (EP)	2	4,3	2	6,4
Otras	7	14,9	11	35,5
Total	47	100	31	100

Podemos ver que se presentó un mayor número de patologías durante el embarazo en las mujeres adolescentes (77,1%), frente a un 49,1% que presentó alguna patología en el grupo control. Las enfermedades más prevalentes en los dos grupos fueron: la anemia, la amenaza de parto pretérmino y la preeclamsia (Tabla 12). Frente a las complicaciones perinatales se presentó mayor número de hospitalizaciones en los productos de las adolescentes (30.4%), que en el grupo control. Además de encontrarse un mayor porcentaje de bajo peso al nacer (8.69%) y Capurro < 36 semanas (12.32%) en los mismos; el APGAR < 7 a los 5 minutos presentó una distribución similar en ambos grupos. Sin embargo el Capurro > 42 semanas presentó mayor número de casos en las pacientes con edad gestacional adecuada (Tabla 13).

Tabla 12 Diferencias en cuanto a resultados obtenidos entre las adolescentes embarazadas y el grupo control

Patología	Casos	%	Control	%
Anemia	32	20,9	14	10
APP	19	12,4	12	8,6
Preeclampsia	14	9,1	9	6,4
Eclampsia	2	1,3	1	0,7
RPM	11	7,2	6	4,3
Aborto	9	5,9	5	3,6
Embarazo ectópico	2	1,3	2	1,4
Signos de Alarma y Amenaza de aborto (SDA-ADA)	11	7,2	8	5,7
Óbito fetal	4	2,6	3	2,1
Placenta previa	2	1,3	2	1,4
DPP	6	3,9	3	2,1
Ruptura uterina	1	0,6	1	0,7
Más de una	5	3,3	3	2,1
Total patologías	118	77,1	69	49,1
Ninguna	35	22,9	71	50,9
Total	153	100	140	100

Tabla 13 Complicaciones Perinatales

Complicaciones Perinatales				
Hospitalizados	Casos	%	Control	%
Si	42	30,4	36	27,7
No	96	69,6	94	72,3
Total	138	100	130	100
Relación De Las Características Neonatales				
Características	Casos	%	Control	%
Bajo Peso Al Nacer	12	8,69	6	4,61
APGAR < 7	9	6,52	8	6,15
CAPURRO < 36 Sem	17	12,32	9	6,92
CAPURRO > 42 Sem	5	3,62	7	5,38

8. DISCUSIÓN

Conocemos de antemano que uno de los problemas más alarmantes es el embarazo y el parto en la adolescencia. Con esta investigación se demuestra que la población primigestantes atendida en nuestro hospital llega con una edad promedio (16,2 años) que representa el 52,2 % del total de las mujeres primigestantes atendidas en nuestra institución. Esta edad se encuentra muy por debajo de la edad adecuada para la concepción y el alto porcentaje concuerda por lo dicho por Wulf D, Singh S. quien dice en su investigación que en países del tercer mundo como Colombia, es costumbre que la mujer tenga su primer hijo siendo una adolescente⁴⁶.

Al analizar el estado civil de estas adolescentes, notamos que la mayoría en el momento del parto se encontraban solteras, esto concuerda con literatura que reporta que el 50% de las madres adolescentes lo cual podría traer consigo múltiples efectos bio-psicosociales⁴⁷.

El nivel educativo predominante en las adolescentes embarazadas fue secundaria, este dato es preocupante dado que un embarazo y posterior nacimiento de un hijo, dificulta el desarrollo de un patrón de vida normal relacionado con su formación profesional, laboral e incluso social. Además los bajos niveles educativos se asocian a débiles proyectos de vida, con baja motivación e incentivos en las perspectivas de vida, de otro lado es alarmante que casi todas las adolescentes son estudiantes y amas de casa, esto trae consecuencias relacionadas con lo anteriormente mencionado y muestra una distribución superior a lo registrado en otros estudios⁴⁸, lo que creemos se deba a los patrones culturales de nuestra región y a la población que se atiende en nuestro hospital.

Los pacientes incluidos en el estudio fueron en su mayoría desplazados y de los estratos 1 al 3, sin embargo los resultados no son concluyentes y no podemos asegurar que el estrato bajo haya sido un factor de riesgo para las complicaciones en las adolescentes a falta de más población de estratos superiores con los cuales hacer una comparación objetiva. Sin embargo 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

⁴⁶ WULF D., SINGH S., op.cit, p. 137.

⁴⁷ PELÁEZ MENDOZA, op.cit, p.24-26.

⁴⁸ LÓPEZ NODARSE M., FLORES MADAN L., ROCHE PÉREZ, C. Embarazo y Adolescencia Estudio en un área de salud. Rev. Cubana Obstetricia y Ginecología. Cuba. Vol. 28, n 2. (Mayo – Agosto 2002) p.12.

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 misma⁴⁹.

Cuando analizamos los controles prenatales encontramos en nuestro estudio que un gran número de adolescentes asisten a sus controles prenatales pero acuden menor número de veces con respecto al grupo control. Esto se debe probablemente a que las adolescentes se preocupan más por sus necesidades personales y le restan importancia al embarazo y no lo ven como una condición que las transformará en madres, ya que la actitud de una adolescente embarazada frente a la maternidad y la crianza de su hijo, está muy influenciada por la etapa de vida que transite⁵⁰.

Se presentó un mayor porcentaje de consumo de sustancias tóxicas en las adolescentes, que en el grupo control, esto debido probablemente a la mayor incidencia de consumo en este grupo de edad. Los datos de nuestro estudio muestran un porcentaje superior al reportado en la literatura que data que una de cada 12 mujeres bebe durante el embarazo⁵¹. Se reporta en historia clínica el consumo de alcohol y cigarrillo como las sustancias más prevalentes pero no se encontró información sobre el tipo de bebidas ni características del tabaco.

Casi un 60% de las adolescentes requirieron cesárea, valor mucho mayor que el encontrado en el grupo de mujeres que eran mayores de edad, siendo el principal motivo de llevar a cabo el procedimiento en las adolescente la Desproporción cefalopélvica. 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 cesáreas⁵².

Se encontró que de manera muy significativa las patologías que se asociaron con mayor frecuencia a las adolescentes y que las más incidentes fueron la

⁴⁹ VILLANUEVA L., PÉREZ, M., MARTÍNEZ, H., GARCÍA, E. Características obstétricas de la embarazada adolescente. Revista de Ginecología y Obstetricia. México. Vol. 18, n 5. (Enero 2005). P. 67.

⁵⁰ COLMENARES, M. La salud sexual y reproductiva en los adolescentes de Venezuela. Embarazo Precoz. Producciones Grecas. Caracas. 2000, P. 13-18.

⁵¹ STRANDBERG-LARSEN, K., et al. Binge Drinking in Pregnancy and Risk of Fetal Death. Obstetrics and Gynecology, volumen 111, n 3 (Marzo de 2008) p. 602-609.

⁵² MARTÍNEZ, E., et al. Experiencia de una unidad de gestantes precoces. Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología. Santiago de Chile, Vol 70, n.2, 2005, p.127, 128.

anemia, amenaza de parto pretermino y la preeclamsia siendo la frecuencia de estas similares a las reportadas en la literatura y que pone de manifiesto el gran riesgo que entraña el embarazo en este tipo de pacientes⁵³.

Se destaca que los recién nacidos de las madres adolescentes presentaron un mayor porcentaje de hospitalizaciones con respecto a el grupo control, dato que se refleja en la mayor incidencia de bajo peso al nacer y prematuros en este grupo de pacientes. Este valor concuerda con la literatura que reporta mayor frecuencia de recién nacidos de bajo peso de nacimiento en madres adolescentes, además de que en muchos estudios el bajo peso al nacer está dado por la condición de prematuro⁵⁴.

⁵³ MOLINA, R., LUENGO, X., SANDOVAL, J., GONZÁLEZ, E., CASTRO, R., MOLINA, T. Factores de riesgo del embarazo, parto y recién nacido en adolescentes embarazadas. Revista Sogia. Chile. Vol. 45, n 3 (Agosto 2003). P. 17-19.

⁵⁴ *Ibíd.* P. 17-19.

9. CONCLUSIONES

La incidencia de embarazo en adolescentes atendidas en el servicio de partos de la E.S.E Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo de la ciudad de Neiva fue de 52,22% en el periodo comprendido del 1 de Enero al 31 de Marzo del 2010.

La mayoría de las adolescentes acuden a controles prenatales en promedio de 6.4 veces, inferior al número de veces al cual acuden las primigestantes no adolescentes.

El consumo de sustancias tóxicas (alcohol, cigarrillo y sustancias psicoactivas) entre el grupo de mujeres adolescentes fue mayor que en el grupo de mujeres en edad apropiada para embarazarse.

La terminación del embarazo que predominó tanto en madres adolescentes como no adolescentes fue la vía vaginal, pero las adolescentes presentaron mayor porcentaje de cesáreas, siendo los principales motivos la Desproporción cefalopélvica con un 29,8% y la Inducción fallida con un 19,1%.

A pesar del pequeño número de casos documentados de madres primigestantes adolescente en este corto periodo de tiempo, se puede comentar que esta condición es factor de riesgo para complicaciones durante embarazo principalmente de anemia, amenaza de parto pretérmino y pre eclampsia.

Las complicaciones neonatales se presentaron con mayor frecuencia en el grupo de las adolescentes, resaltando que el bajo peso al nacer y los prematuros prevalecieron en mayor porcentaje.

Siendo el presente un estudio retrospectivo y con un pequeño número de casos, se espera servir de base para estudios prospectivos que permita conocer mejor los factores de riesgo implicados en las complicaciones obstétricas y neonatales.

10. RECOMENDACIONES

Los resultados mostrados anteriormente nos permite conocer de manera muy general que el embarazo en las adolescentes constituye un riesgo para la madre y que puede traer consecuencias desfavorables para el recién nacido, por lo tanto se requieren de muchos más estudios que permitan evaluar adecuadamente este problema en nuestra región.

Se requiere de la implementación de proyectos y políticas de salud, por parte de las administraciones locales de atención integral para estas adolescentes, destinados a brindar atención asistencial, educativa, de participación comunitaria y de investigación, para contribuir a la disminución de la incidencia de los embarazos en las adolescentes, el mejoramiento en la atención de las jóvenes embarazadas y resultados obstétricos y perinatales de calidad.

Dada la dificultad que los investigadores hemos tenido para la recolección de algunos datos, que son importantes en el manejo de pacientes embarazadas, como es el uso, el tipo y la frecuencia de consumo de sustancias tóxicas; recomendamos implementar formatos en la historia clínica que permitan conocer de manera más apropiada los antecedentes de las pacientes, y así evitar el subregistro de información que es importante para el desarrollo de proyectos de investigación, y además favorece la toma de decisiones sobre el manejo de las pacientes y sus primogénitos.

BIBLIOGRAFÍA

ANANDALAKSHMY, P. N.; BUCKSHEE, K. Teenage pregnancy and its effect on maternal and child health: a hospital experience, citado por: REINA, Julio César; DUFOUR, Darna, et all. Adolescentes y Embarazo: Salud y Nutrición. Revista Colombiana de obstetricia y ginecología. Colombia: Vol. 51, n. 3; (Julio - Septiembre 2000); p.201-212.

BOJANINI B., Juan Fernando; GÓMEZ D., Joaquín Guillermo. Resultados obstétricos y perinatales en adolescentes. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología. Colombia: Vol. 55, n.2; (Junio 2004), p.114.

BURROWS, R.; ROSALES, M.; ALAYO, M.; MUZZO, S. Variables psicosociales y familiares asociadas con el embarazo de adolescentes, citado por: MOLINA, Marta; FERRADA, Cristina; PÉREZ, Ruth; et all. Embarazo en la adolescencia y su relación con la deserción escolar. Santiago: Vol. 132, n. 1; (Enero 2004), p.66.

COLMENARES, M. La salud sexual y reproductiva en los adolescentes de Venezuela. Embarazo Precoz. Producciones Grecas. Caracas. 2000, P. 13-18.

CUESTIONES DE POBLACIÓN APOYO A LOS ADOLESCENTES, citado por: BELTRÁN MOLINA, Luz. Embarazo en Adolescentes. Fundación Escuela de Gerencia Social. Caracas, 2006, p. 2.

FERNÁNDEZ, L. S.; CARRO PUIG, E.; OSES FERRERA, D.; PÉREZ PIÑERO, J. Caracterización de la gestante adolescente, citado por: ULANOWICZ, María Gabriela; PARRA, Karina Elizabeth; WENDLER, Gisela Elizabeth; MONZÓN, Lourdes Tisiana. Riesgos en el embarazo adolescente. Revista de Posgrado de la VIª Cátedra de Medicina. Argentina, n. 153, (Enero 2006), p.14.

FERNÁNDEZ PAREDES, F. y CASTRO GARCÍA, M.; et all. Características sociofamiliares y consecuencias en la salud materno-infantil del embarazo en edad precoz. En: Informe Final El embarazo en la adolescencia: diagnóstico para reorientar las políticas y programas de salud. Argentina. (Agosto 2003 – Junio 2004), p.8.

FLÓREZ, Carmen E., VARGAS, Elvia, et all. Fecundidad adolescente en Colombia: Incidencia, tendencias y determinantes. Un enfoque de historia de vida, citado por: URREA LEÓN, Claudia Milena. Aterrizamos de un golpe y volvimos a volar. Vivencias de adolescentes varones frente al embarazo en la ciudad de Bogotá. Colombia: Bogotá, (Noviembre, 2008). Trabajo de grado (Enfermería). Pontificia Universidad Javeriana: Facultad de enfermería, p. 57.

FRASER, A. M.; BROCKERT, J. E.; WARD, R. H. Association of young maternal age with adverse reproductive outcomes, citado por: REINA, Julio César; DUFOUR, Darna, et all. Adolescentes y Embarazo: Salud y Nutrición. Revista Colombiana de obstetricia y ginecología. Colombia: Vol. 51, n. 3; (Julio - Septiembre 2000); p.201-212.

FRISANCHO, A. R.; MATOS, M. D.; BOLLETINO, B. S. Influence of growth status and placental function on birth weight of infants born to young still-growing teenagers, citado por: REINA, Julio César; DUFOUR, Darna, et all. Adolescentes y Embarazo: Salud y Nutrición. Revista Colombiana de obstetricia y ginecología. Colombia: Vol. 51, n. 3; (Julio - Septiembre 2000); p.201-212.

GALE, R. y SEIDMAN, D. S. ¿Is teenage pregnancy a neonatal risk factor? En: Informe Final El embarazo en la adolescencia: diagnóstico para reorientar las políticas y programas de salud. Argentina. (Agosto 2003 – Junio 2004), p.8.

HYTTEEN, F. E & LEITCH, I. The Physiology of Human Pregnancy, citado por: REINA, Julio César; DUFOUR, Darna, et all. Adolescentes y Embarazo: Salud y Nutrición. Revista Colombiana de obstetricia y ginecología. Colombia: Vol. 51, n. 3; (Julio - Septiembre 2000); p.201-212.

ISSLER, Juan R.; et all. Embarazo en la adolescencia. Revista posgrado de cátedra de medicina. Argentina, N° 107, Agosto 2001, p. 11-23.

KONJE, J. C.; PALMER, A.; WATSON, A. et al. Early teenage pregnancies in Hull, citado por: REINA, Julio César; DUFOUR, Darna, et all. Adolescentes y Embarazo: Salud y Nutrición. Revista Colombiana de obstetricia y ginecología. Colombia: Vol. 51, n. 3; (Julio - Septiembre 2000); p.201-212.

LEZCANO, S. A.; VALLEJOS ARCE, M. S.; SODERO, H. Caracterización del recién nacido en madres adolescentes, citado por: ULANOWICZ, María Gabriela;

PARRA, Karina Elizabeth; WENDLER, Gisela Elizabeth; MONZÓN, Lourdes Tisiana. Riesgos en el embarazo adolescente. Revista de Posgrado de la VIª Cátedra de Medicina. Argentina, n. 153, (Enero 2006), p.14.

LÓPEZ NODARSE M, FLORES MADAN L, ROCHE PÉREZ C. Embarazo y Adolescencia Estudio en un área de salud. Rev. Cubana Obstetricia y Ginecología. Cuba. Vol. 28, n 2. (Mayo – Agosto 2002) p.12.

MARTÍNEZ, E., et al. Experiencia de una unidad de gestantes precoces. Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología. Santiago de Chile, Vol 70, n.2, 2005, p.127, 128.

MARQUES, N. M.; EBRAHIM, G. J. The antecedents of adolescent pregnancy in a Brazilian squatter community, citado por: REINA, Julio César; DUFOUR, Darna, et all. Adolescentes y Embarazo: Salud y Nutrición. Revista Colombiana de obstetricia y ginecología. Colombia: Vol. 51, n. 3; (Julio - Septiembre 2000); p.201-212.

MOLINA, R., LUENGO, X., SANDOVAL, J., GONZÁLEZ, E., CASTRO, R., MOLINA, T. Factores de riesgo del embarazo, parto y recién nacido en adolescentes embarazadas. Revista Sogía. Chile. Vol. 45, n 3 (Agosto 2003). P. 17-19.

MOORE, K. L. The fetal period. In: The Developing Human, citado por: REINA, Julio César; DUFOUR, Darna, et all. Adolescentes y Embarazo: Salud y Nutrición. Revista Colombiana de obstetricia y ginecología. Colombia: Vol. 51, n. 3; (Julio - Septiembre 2000); p.201-212.

OLAUSSON, P. y CNATTINGIUS, S. Determinants of poor pregnancy outcomes among teenagers in Sweden. En: Informe Final El embarazo en la adolescencia: diagnóstico para reorientar las políticas y programas de salud. Argentina. (Agosto 2003 – Junio 2004), p.8.

OMAN, R. F.; VESELY, S. K.; ASPY, C. B.; MCLEROY, K. R.; LUBY, C. D. The association between multiple youth assets and sexual behavior, citado por: CUTIÉ, J. R.; LAFFITA BATSTA, A.; TOLEDO, M. Primera relación sexual en adolescentes cubanos. Revista chilena de obstetricia y ginecología. Santiago de Chile, Vol 70, n.2, 2005, p.85.

PELÁEZ MENDOZA, J. Consideraciones del uso de anticonceptivos en la adolescencia, citado por: VALDES DACAL, Sigifredo, et all. Embarazo en la adolescencia. Incidencia riesgos y complicaciones. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología. Ciudad de la Habana: vol.28, n.2; (Mayo – Agosto 2002); p.85.

PELÁEZ MENDOZA, J.; SARMIENTO BARCELÓ, J. de la Oz Cornesa R.; ZAMBRANO CÁRDENAS A. Cesárea en la Adolescente: Morbilidad Materna y Perinatal, citado por: VALDES DACAL, Sigifredo, et all. Embarazo en la adolescencia. Incidencia riesgos y complicaciones. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología. Ciudad de la Habana: vol.28, n.2; (Mayo – Agosto 2002); p.85.

POPULATION ACTION INTERNATIONAL: La educación en las niñas desigualdades y progreso, citado por: REINA, Julio César; DUFOUR, Darna, et all. Adolescentes y Embarazo: Salud y Nutrición. Revista Colombiana de obstetricia y ginecología. Colombia: Vol. 51, n. 3; (Julio - Septiembre 2000); p.201-212.

PORTAL ADVOCATES FOR YOUTH. Las repercusiones del embarazo y la procreación prematuros en las madres adolescentes y sus hijos, citado por: BELTRÁN MOLINA, Luz. Embarazo en Adolescentes. Fundación Escuela de Gerencia Social. Caracas, 2006, p. 3.

PORTAL CENTRO LATINOAMERICANO DE DEMOGRAFÍA. Agenda Salud Nº 9, citado por: BELTRÁN MOLINA, Luz. Embarazo en Adolescentes. Fundación Escuela de Gerencia Social. Caracas, 2006, p. 2.

PORTAL CENTRO LATINOAMERICANO DE PERINATOLOGÍA SALUD DE LA MUJER Y REPRODUCTIVA (CLAP). El embarazo adolescente, citado por: BELTRÁN MOLINA, Luz. Embarazo en Adolescentes. Fundación Escuela de Gerencia Social. Caracas, 2006, p. 1.

PORTAL FONDO DE POBLACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS (UNFPA). El estado de la población mundial 2003 Asignar prioridad a los adolescentes: Costos de la inacción, citado por: BELTRÁN MOLINA, Luz. Embarazo en Adolescentes. Fundación Escuela de Gerencia Social. Caracas, 2006, p. 3.

PORTAL LA JUVENTUD Y LAS NACIONES UNIDAS. INFORME SOBRE LA JUVENTUD MUNDIAL 2005, citado por: BELTRÁN MOLINA, Luz. Embarazo en Adolescentes. Fundación Escuela de Gerencia Social. Caracas, 2006, p. 1.

PRENTICE, A. M.; SPAAIJ, C. J. K.; GOLDBERG, G. R.; et all. Energy requirements of pregnant and lacting women, citado por: REINA, Julio César; DUFOUR, Darna, et all. Adolescentes y Embarazo: Salud y Nutrición. Revista Colombiana de obstetricia y ginecología. Colombia: Vol. 51, n. 3; (Julio - Septiembre 2000); p.201-212.

REINA, Julio César; DUFOUR, Darna; et all. Adolescentes y Embarazo: Salud y Nutrición. Revista Colombiana de obstetricia y ginecología. Colombia: Vol. 51, n. 3; (Julio - Septiembre 2000); p.201-212.

REINA, J. C, de OROZCO B, SPURR, G. B. Body mass index and socioeconomic status of Colombian children, citado por: REINA, Julio César; DUFOUR, Darna, et all. Adolescentes y Embarazo: Salud y Nutrición. Revista Colombiana de obstetricia y ginecología. Colombia: Vol. 51, n. 3; (Julio - Septiembre 2000); p.201-212.

ROMERO, M. I.; MADDALENO, M.; SILBER, Tomás J.; MUNIST, M. Salud reproductiva, citado por: ULANOWICZ, María Gabriela; PARRA, Karina Elizabeth; WENDLER, Gisela Elizabeth; MONZÓN, Lourdes Tisiana. Riesgos en el embarazo adolescente. Revista de Posgrado de la VIa Cátedra de Medicina. Argentina, n. 153, (Enero 2006), p.14.

SCHNECK, M. E.; SIDERAS, K. S.; FOX, R. A.; et all. Low-income pregnant adolescents and their infants: dietary findings and health outcomes, citado por: REINA, Julio César; DUFOUR, Darna, et all. Adolescentes y Embarazo: Salud y Nutrición. Revista Colombiana de obstetricia y ginecología. Colombia: Vol. 51, n. 3; (Julio - Septiembre 2000); p.201-212.

SCHOLL, T. O.; HEDIGER, M. L. A review of the epidemiology of nutrition and adolescent pregnancy: maternal growth during pregnancy and its effects on the fetus, citado por: REINA, Julio César; DUFOUR, Darna, et all. Adolescentes y Embarazo: Salud y Nutrición. Revista Colombiana de obstetricia y ginecología. Colombia: Vol. 51, n. 3; (Julio - Septiembre 2000); p.201-212.

SCHOLL, T. O.; HEDIGER, T.; FISCHER, R. L.; et all. Anemia vs iron deficiency: increased risk of preterm delivery in a prospective study, citado por: REINA, Julio César; DUFOUR, Darna, et all. Adolescentes y Embarazo: Salud y Nutrición. Revista Colombiana de obstetricia y ginecología. Colombia: Vol. 51, n. 3; (Julio - Septiembre 2000); p.201-212.

SCHOLL, T. O. y MILLER L. K. Prenatal care adequacy and the outcome of adolescent pregnancy: effects on weight gain, preterm delivery, and birth weight. En: Informe Final El embarazo en la adolescencia: diagnóstico para reorientar las políticas y programas de salud. Argentina. (Agosto 2003 – Junio 2004), p.8.

SINGH, S.; WULF, D. Adolescentes de hoy, padres del mañana: un perfil de las Américas, citado por: REINA, Julio César; DUFOUR, Darna, et all. Adolescentes y Embarazo: Salud y Nutrición. Revista Colombiana de obstetricia y ginecología. Colombia: Vol. 51, n. 3; (Julio - Septiembre 2000); p.201-212.

STERN, C. El embarazo en la adolescencia como problema público: una visión crítica. En: Informe Final El embarazo en la adolescencia: diagnóstico para reorientar las políticas y programas de salud. Argentina. (Agosto 2003 – Junio 2004), p.8.

STRANDBERG-LARSEN, K., et al. Binge Drinking in Pregnancy and Risk of Fetal Death. Obstetrics and Gynecology, volumen 111, n 3 (marzo de 2008) p. 602-609

STRAUSS, R. S.; DIETZ, W. H. Low maternal weight gain in the second or third trimester increases the risk for intrauterine growth retardation, citado por: REINA, Julio César; DUFOUR, Darna, et all. Adolescentes y Embarazo: Salud y Nutrición. Revista Colombiana de obstetricia y ginecología. Colombia: Vol. 51, n. 3; (Julio - Septiembre 2000); p.201-212.

TASA DE FECUNDIDAD EN EL MUNDO, citado por: BELTRÁN MOLINA, Luz. Embarazo en Adolescentes. Fundación Escuela de Gerencia Social. Caracas, 2006, p. 1.

TAVARA OROZCO, L. Contribución de las adolescentes a la muerte materna en el Perú, citado por: ULANOWICZ, María Gabriela; PARRA, Karina Elizabeth; WENDLER, Gisela Elizabeth; MONZÓN, Lourdes Tisiana. Riesgos en el embarazo adolescente. Revista de Posgrado de la VIa Cátedra de Medicina. Argentina, n. 153, (Enero 2006), p.14.

TOVAR, M. C.; MONTES, M. Embarazo en la Adolescencia, citado por: REINA, Julio César; DUFOUR, Darna, et all. Adolescentes y Embarazo: Salud y Nutrición. Revista Colombiana de obstetricia y ginecología. Colombia: Vol. 51, n. 3; (Julio - Septiembre 2000); p.201-212.

VILLANUEVA, L., PÉREZ, M., MARTÍNEZ, H., GARCÍA, E. Características obstétricas de la embarazada adolescente. Revista Ginecología y Obstetricia. México. Vol. 18, n 5. (Enero 2005). P. 67.

VOTO, L.; LAPIDUS, A. y MARGULIES, M. El embarazo en la adolescencia. Inconvenientes en el parto. Prevención y tratamiento. En: Informe Final El embarazo en la adolescencia: diagnóstico para reorientar las políticas y programas de salud. Argentina. (Agosto 2003 – Junio 2004), p.8.

WULF, D.; SINGH, S. Sexual activity, union and childbearing among adolescent women in the Americas, citado por: REINA, Julio César; DUFOUR, Darna, et all. Adolescentes y Embarazo: Salud y Nutrición. Revista Colombiana de obstetricia y ginecología. Colombia: Vol. 51, n. 3; (Julio - Septiembre 2000); p.201-212.

ZUCKERMAN, B.; ALPERT, J.; et all. Neonatal outcome: ¿is adolescent pregnant a risk factor? En: Informe Final El embarazo en la adolescencia: diagnóstico para reorientar las políticas y programas de salud. Argentina. (Agosto 2003 – Junio 2004), p.8.

ANEXOS

Anexo A Ficha Técnica: Complicaciones obstétricas y características neonatales

N° HC (C.C): _____

01. Edad: _____ años

02. Estado civil: Soltera Casada Unión libre Viuda
Separada Otro _____

03. Origen: Municipio _____

Departamento _____

Rural Urbano

04. Escolaridad: Analfabeta Primaria Secundaria Técnico
Profesional

05. Ocupación: _____

06. Estrato: Indigente 1. 2. 3. 4. 5. 6.

07. Controles prenatales: Si No

Cuántos _____

08. Consumo de sustancias tóxicas:

a. Alcohol Si No Tipo _____

b. Cigarrillo Si No

c. Otros Cuál _____

09. Terminación del embarazo: Parto vaginal Cesárea

a. Motivo de cesárea: _____

10. Complicaciones:

a. Anemia: Si No Hemoglobina _____

b. Amenaza de parto pre término: Si No

c. Pre eclampsia: Si No

d. Ruptura prematura de membrana: Si No

e. Hemorragia del primer trimestre:

i. Aborto: Si No

ii. Embarazo ectópico: Si No

iii. Enfermedad trofoblástica: Si No

iv. Amenaza de aborto: Si No

f. Hemorragias del segundo trimestre:

i. Placenta previa: Si No

ii. Desprendimiento prematuro de placenta: Si No

iii. Ruptura uterina: Si No

g. Hemorragias del tercer trimestre:

i. Placenta previa: Si No

ii. Desprendimiento prematuro de placenta: Si No

iii. Ruptura uterina: Si No

11. Medidas antropométricas:

a. Perímetro cefálico: _____ cm Perímetro abdominal: _____ cm

b. Perímetro torácico: _____ cm Talla: _____ cm Peso: _____ kg

12. APGAR:

a. MINUTO _____ 5 MINUTOS _____

13. CAPURRO: _____

14. Hospitalización del neonato: Si No Diagnóstico: _____

15. Cromosomopatías: Si No Cuál: _____

Anexo B Presupuesto

Articulo – Actividades - Gastos	Precio Unitario	Precio Total
Hojas – Papel de impresión	\$50	\$25.000
Lápices y Lapiceros	\$900	\$7.200
Transporte	\$1.200	\$120.000
Fotocopias	\$50	\$30.000
Tinta de impresora	\$200	\$80.00
Internet y comunicaciones		\$150.000
Total		\$ 412. 000

Anexo C Cronograma de actividades

2010/2011	Cronograma De Actividades											
Actividad/Mes.	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1
Anteproyecto.	x	x										
Revisión bibliográfica.		x	x				x		x			
Formulación marco teórico.			x	x								
Diseño metodológico.			x	x								
Técnicas procedimientos recolección datos.				x	x							
Instrumento recolección de información.					x							
Prueba piloto.							x					
Consideraciones éticas.							x					
Recolección información.									x	x		
Codificación y tabulación.											x	
Análisis de datos.											x	
Conclusión y discusión.											x	x
Entrega de informe final.												x