

TRABAJO ORIGINAL

Comportamiento del embarazo en la adolescencia. Policlínico “José Martí”, Gibara. Junio 2009.

Dra. Yadileidis Fernández Rodríguez¹, Dr. José Rafael Escalona Aguilera²

¹ Residente en Medicina General Integral

² Especialista de primer grado en pediatría, Máster en atención integral al niño.
Máster en Bioética.

Resumen

Se realizó un diseño de investigación de tipo descriptivo, con el objetivo de identificar las características del embarazo en la adolescencia en el Policlínico Docente “José Martí”, del municipio Gibara, comprendido entre Enero del 2007 y Junio del 2009.

La investigación se realizó en 207 adolescentes que parieron en este período, lo que constituyó el 95.39 % del universo. Se le aplicaron encuestas y se revisaron las historias clínicas individuales para conocer las principales variables de nuestra investigación.

La incidencia de embarazos en la adolescencia fue del 29.56 %. Entre las características de las adolescentes predominó el grupo de edades entre 18 y 19 años, las estudiantes, el nivel de escolaridad de secundaria básica, seguido del preuniversitario, y las solteras. En el índice de masa corporal predominó el normopeso. La ganancia de peso al final del embarazo fue mayoritariamente entre 9 y 12 Kg. El tiempo de gestación que se estableció con más frecuencia fue el a término, seguido del pretérmino. El parto eutócico fue el más encontrado. Las principales complicaciones del recién nacido fueron: bajo peso al nacer, distress respiratorio, hipoxia y apgar bajo. Los resultados alcanzados permiten confirmar que mientras más joven es la madre adolescente son mayores los factores de riesgo capaces de influir en el recién nacido.

Introducción

La adolescencia es una etapa bonita de la vida, en la que se va dejando de ser niños, para comenzar un complicado proceso biológico que nos transforma en adultos.

En este período ocurren muchísimos cambios en el cuerpo, en el que participan de una u otra manera todos los órganos y sistemas que lo componen.^(1, 2, 3)

Es una época de la vida todavía no muy conocida. Existen distintas definiciones de la adolescencia, así, la OMS la define como “la etapa que transcurre entre los 10 y 19 años, considerándose dos fases, la adolescencia temprana 10 a 14 años y la adolescencia tardía 15 a 19 años”.^(4, 5, 6, 7, 8, 9, 10)

Otra clasificación, lo hace:

- Adolescencia Precoz (menor de 15 años)
- Adolescencia Intermedia (16 a 17 años)
- Adolescencia Tardía (entre 18 y 19 años)⁽¹¹⁾

Esta última es la que aceptamos como más práctica, y será la que utilizaremos.

La adolescencia es una etapa caracterizada por cambios en la esfera psicosocial y en todos los aspectos se produce la estructuración de funciones nuevas que incluye el nivel de autoconciencia, las relaciones interpersonales y la interacción social, derivándose de ellas trastornos psicosociales asociados como embarazos indeseados, homosexualidad y trastornos de la personalidad entre otros.⁽¹²⁾

Por mucho tiempo fue considerada como un proceso de transición, sin dársele la verdadera importancia que requería.

Todos los cambios en los ámbitos físico-biológico, psicológico y social, que se producen en la adolescencia pueden

ocasionar situaciones generadoras de crisis, conflictos y contradicciones.⁽¹¹⁾

A nivel mundial se reconoce un aumento de la actividad sexual de los adolescentes y concomitantemente una disminución en la edad de inicio de las relaciones sexuales, incrementándose con esto la incidencia de partos en mujeres menores de 20 años.⁽¹³⁾

El embarazo adolescente puede definirse como aquel que ocurre dentro de los primeros dos años de edad ginecológica (tiempo transcurrido desde la menarquía) y/o cuando la adolescente es aún dependiente de su núcleo familiar de origen.⁽¹⁴⁾

Uno de los problemas más complejos que actualmente confronta la reproducción humana se produce justamente en este período: el embarazo en la adolescencia es considerado como un problema biomédico con elevado riesgo de complicaciones durante el embarazo y parto, que conlleva un incremento en las tasas de morbilidad y mortalidad materna, perinatal y neonatal. Tiene además implicancias socioculturales y psicológicas con elevado costo personal, educacional, familiar y social.

El embarazo en la adolescencia tiene consecuencias adversas tanto de tipo físico como psicosocial, en especial en las más jóvenes (15-16 años), que siguen una dieta inadecuada a su estado y utilizan tarde o con poca frecuencia el servicio de atención prenatal, lo que supone una dificultad mayor para aceptar la realidad, retraso de la primera visita, desconocimiento del tiempo de gestación, incumplimiento del tratamiento, pasividad, falta de respaldo, depresión y dificultad en la relación asistencial, entre otras cosas.

Especial atención merecen los patrones erróneos de conducta sexual, que pueden desencadenar Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y embarazos no deseados, con toda la problemática que se asocia a su aparición.

La aparición temprana de la primera menstruación se denomina menarquía temprana, que es cuando ocurre entre 10 y 12 años.⁽¹⁵⁾

Numerosos estudios vienen afirmando que el embarazo en la adolescencia suele caracterizarse por ser imprevisto y no deseado. Este dato provoca, por norma general, una importante afectación en distintas esferas como la física, la emocional o la económica.⁽¹¹⁾

En la actualidad está ampliamente reconocido que el embarazo en adolescentes y la maternidad temprana está asociada con el fracaso escolar, deterioro de la salud física y mental, aislamiento social, pobreza y otros factores relacionados⁽¹⁶⁾.

En este sentido no pocos autores afirman que el embarazo en la adolescencia debe ser contemplado, como un embarazo de alto riesgo⁽¹⁷⁾.

Los factores de riesgo que más influyen en la probabilidad de embarazo en la adolescencia son: una deficiente información sobre la sexualidad y métodos contraceptivos y bajo nivel educacional procedente de los padres. Todo esto debido a que el tema de la sexualidad todavía sigue siendo un tabú en las relaciones paterno-filiales.^(18, 19, 20)

Otro factor de riesgo es el egocentrismo adolescente, "a ella no le pasará", es el período del pensamiento mágico, omnipotente; la adolescente tiene la información pero actúa como si no la necesitase, como si para ella no existiese relación coito-embarazo.⁽²⁰⁾

Diversos estudios señalan que en este grupo de edad existe un aumento en la probabilidad de sufrir infecciones, roturas prematuras de membranas, partos prematuros, etc.⁽²¹⁾

El embarazo en la adolescencia se asocia a mayores riesgos médicos (anemia del embarazo, desnutrición, parto prematuro, bajo peso al nacer, mayor muerte perinatal, etc.), problemas psicológicos en la madre (depresión post-parto, baja autoestima, quiebre en el proyecto de vida) y una serie de desventajas sociales (bajos logros educacionales, deserción escolar, desempleo, mayor frecuencia de maltrato y abandono infantil, entre otros).^(22, 23)

El embarazo a cualquier edad, principalmente en la adolescencia, es un elemento biológico, psicológico y social de suma importancia, con repercusión a estas esferas tanto en el presente como en el futuro de la madre, el niño y la sociedad. ⁽²⁴⁾

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. ^(25, 26) 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 niño. ⁽¹⁴⁾

En América Latina debido al bajo desarrollo económico, social y cultural, el embarazo en la adolescencia se torna cada vez más crítico, muchos países desarrollados muestran las mayores cifras en esta etapa, ejemplo: En Estados Unidos el 33.8% y en Canadá el 24.9% por cada mil partos, son adolescentes entre 15 y 19 años. ^(27, 28)

En nuestro país como en muchos otros, los embarazos y los partos están ocurriendo en edades más jóvenes que en el pasado, lo que resulta adverso desde el punto de vista de la salud y sus consecuencias sociales. ⁽²⁷⁾

Cuba, que no está exenta de esta problemática, se encuentra entre las naciones con una baja Tasa Global de fecundidad, sin embargo, nos hayamos entre las naciones con elevada Tasa de fecundidad y proporción de nacimientos en mujeres adolescentes, con cifras del 16%.

En la provincia de Holguín, según el corte realizado en el primer trimestre del 2007, de las 2822 embarazadas captadas en el territorio, 589 son adolescentes, 120 más que en igual período del 2006, lo cual vaticina un incremento. ⁽²⁸⁾

Una buena atención prenatal, diferenciada para esta edad, así como a los problemas

psicosociales de estas embarazadas, disminuyen las complicaciones y las muertes, maternas e infantiles, por lo que nos impone una importante tarea con la adolescencia, de prevenir y/o evitar el embarazo en esta etapa, para así con ellos cumplimentar un empeño priorizado por nuestro MINSAP a través del Programa de Atención Materno Infantil (PAMI) de reducir la mortalidad en nuestro medio, lo cual motivó nuestro trabajo.

Planteándonos como problema fundamental de nuestra investigación, la existencia de una alta incidencia del embarazo en la adolescencia, en el área de salud del Policlínico Docente "José Martí", de Gibara.

Apoyados en que el Programa Materno Infantil constituye una de las principales prioridades en la Atención Primaria de Salud, teniendo como tarea fundamental evaluar el comportamiento que influye de forma negativa en el desarrollo de un adecuado embarazo.

En estos últimos años ha existido un incremento del embarazo en la adolescencia, siendo una de las causas de Morbimortalidad Perinatal y Materna.

Teniendo en cuenta todo esto, y siendo la medicina preventiva una de las tareas primordiales en nuestro Sistema Nacional de Salud, la que cada día tiene mas vigencia y aplicación con la creación del médico y enfermera de la familia, uno de sus objetivos fundamentales, es evaluar el comportamiento del embarazo en la adolescencia que afecta o pueden afectar la salud integral de cada individuo de su comunidad.

Encaminamos nuestro trabajo a aplicar los conocimientos sobre el comportamiento del embarazo en la adolescencia en aras de lograr un mayor bienestar del binomio Materno - Infantil y de sus familiares.

Nuestro objetivo fue identificar las características del embarazo en la adolescencia en nuestra área de salud.

El aporte fundamental de esta investigación radica en el conocimiento de este problema de salud para nuestra área, para un mejor

manejo de este grupo poblacional, que constituye un riesgo preconcepcional.

Objetivos

General:

Contribuir al conocimiento sobre el embarazo en la adolescencia en nuestra área de salud.

Específicos:

1.- Determinar la incidencia de embarazo en la adolescencia.

2.- Identificar en las adolescentes: edad, ocupación, nivel de escolaridad, y estado civil.

3.- Determinar el tiempo de gestación al parto y el tipo de parto.

4.- Precisar las complicaciones del recién nacido.

Diseño metodológico

Clasificación y contexto:

Se realizó un diseño de investigación de tipo descriptivo, con el objetivo de identificar las características del embarazo en la adolescencia en el Policlínico Docente "José Martí", del municipio Gibara, comprendido entre Enero del 2007 y Junio del 2009.

Universo y muestra:

El universo estuvo constituido por 217 adolescentes que parieron en el período de enero del 2007 a junio del 2009, y finalmente la muestra se conformó por 207 adolescentes paridas. Lo que constituyó el 95.39 % del universo.

Criterios de inclusión y de exclusión:

Criterio de inclusión:

- Pertenecer al área de salud Policlínico Docente "José Martí".

- Encontrarse en el grupo de edades que se van a estudiar.

- Que hayan brindado su consentimiento informado.

Criterios de exclusión:

La falta del consentimiento informado.

Criterios de eliminación:

- No desear continuar colaborando con nuestro estudio.

- No asistencia a las consultas programadas por cambio de dirección o área de salud.

Consideraciones éticas:

Para llevar a efecto nuestra investigación tuvimos en cuenta algunas consideraciones éticas relacionadas con las personas objeto de estudio entre las cuales tenemos:

1.- Solicitar el consentimiento informado a los adolescentes que incluyamos en la investigación. (Anexo 1)

2.- No hacer daño a los adolescentes vinculados en la investigación y propiciar un mejor trabajo de la Atención Primaria de Salud con este grupo de edades.

Para la realización de nuestro trabajo se tuvo en cuenta el consentimiento informado de la institución donde se realizó el trabajo.

La información se obtuvo a través de la recopilación de datos de la Historia Clínica Familiar e Individual así como por la aplicación a todos ellos de una guía de entrevista, en la cual se exploraron:

Perfil personal y social de las embarazadas adolescentes:

(Edad, Número de embarazos, Unión consensual, ¿Con quién vive la adolescente? y Nivel de escolaridad).

Factores de riesgo:

(Información sobre sexualidad y métodos anticonceptivos, Utilización de métodos anticonceptivos, Inicio de las relaciones sexuales, Relaciones con los padres y Nivel socioeconómico).

Consecuencias en salud del embarazo:

(Número de atenciones prenatales, Evolución del embarazo, Preparación para el parto y Estado del Recién nacido).

Consecuencias psicosociales que afectan a la embarazada:

(¿De quién recibe el apoyo emocional?, Abandono de estudios o trabajo y Estabilidad familiar).

Operacionalización de variables:

Para lograr los objetivos se determinaron las siguientes variables:

IDENTIFICACION	DEFINICION	ESCALA DE MEDICION
Edad	Edad cronológica (por grupos de edades)	<ul style="list-style-type: none"> • Menores de 15 años • 16-17 años • 18-19 años
Ocupación	Según criterios	<ul style="list-style-type: none"> • Trabajadoras • Amas de casa • Estudiante • Otros
Escolaridad	Según año escolar terminado	<ul style="list-style-type: none"> • Ninguno • Primario • Secundario • Preuniversitario • Universitario
Índice de Masa Corporal	Índice de masa corporal: se calculó a partir de la fórmula siguiente: $IMC = \text{peso (kg)} / \text{talla (m}^2\text{)}$, según criterios de la OMS	<ul style="list-style-type: none"> • Bajo peso: $IMC < 19.8 \text{ kg/m}^2$. • Normopeso: $IMC 19.8 - 26 \text{ kg/m}^2$. • Sobrepeso: $IMC > 26.1 \text{ kg/m}^2$
Ganancia ponderal	Según criterios Es una variable cuantitativa ordinal politómica y se clasificó según Tabla Cubana.	<ul style="list-style-type: none"> • Menor o igual a 8 Kg. • 9-12 kg. • Mayor o igual a 12 kg.
Tiempo de gestación al parto	Según semanas de embarazo por fecha de última menstruación	<ul style="list-style-type: none"> • 28 – 36 semanas • 37 – 42 semanas • 42 y mas semanas
Forma de terminación del parto	Según criterios	<ul style="list-style-type: none"> • Eutócico • Distócico
Estado Civil	Según criterios	<ul style="list-style-type: none"> • Soltera • Casada • Unión estable • Otros
Morbilidad perinatal	Según denominación	<ul style="list-style-type: none"> • Distress respiratorio • Sepsis Connatal • Policitemia • Apgar bajo • Hipoxia • Síndrome de BALAM • Trauma Obstétrico

		<ul style="list-style-type: none">• Enfermedad de la Membrana Hialina• Bajo peso• Bronconeumonía del RN• Conflicto RH
--	--	--

Métodos utilizados

Métodos Teóricos:

- Análisis de fuentes para la caracterización de los adolescentes.
- Análisis y síntesis para definir las posibles tendencias e insuficiencias sobre el embarazo en la adolescencia, y construcción de conclusiones.
- Hipotético - deductivo para la formulación de la idea, así como en la definición del sistema de indicadores, donde su argumentación científica se explica y conforma a partir de la concepción teórica asumida.
- La comparación, la generalización y la modelación, que permitan construir el proceso lógico diseñado y el ejercicio de comparaciones.
- Inducción - deducción para tomar partido sobre la literatura revisada, asociado al método bibliométrico que se aplica para asociar y referenciar contenidos de los diferentes autores con los criterios personales.
- Histórico - lógico para definir las características individuales de los pacientes que pudieran estar influyendo.
- Modelación sistémica en el diseño del procedimiento que se propone evaluar a través de la integración de los componentes asumidos en la realización de las mediciones y sus relaciones esenciales entre las variables.
- Abstracto - concreto para valorar las insuficiencias y correspondencias de la propuesta con los resultados esperados.

Métodos Empíricos:

- Método de observación: Se acude al conocimiento del problema para mantener

el vínculo con el personal en relación con el objeto, a través de encuestas, entrevistas, estudios de casos, investigaciones precedentes, análisis de la experiencia acumulada, por lo que se adquiere conocimiento en la investigación.

. Método estadístico: en el muestreo de objetos para determinar las potencialidades perspectivas en el establecimiento de la metodología propuesta, su aplicación en el área de salud según el resultado del problema planteado, la creación de métodos que permitan validar los procedimientos a través de la interpretación de los resultados, así corroborar la validez de estos y poder demostrar la veracidad de la idea científica a defender.

Recolección y procesamiento de los datos.

La consulta se realizó en el área del policlínico y en el hogar de las pacientes, donde se recogió toda la información necesaria y logramos la mayor empatía entre médico y adolescente. La consulta se realizó directamente por la autora de la investigación.

Se confeccionó un formulario para recoger los datos necesarios (Anexo 2) la misma se aplicó por la autora en los locales seleccionados en horario laboral, con todas las medidas necesarias para garantizar su anonimato y confiabilidad.

Se revisaron además las Historias Clínicas de Obstetricia y del recién nacido, Carné Obstétrico de embarazadas, datos del libro de registros de partos del Hospital, datos del archivo del Departamento Estadístico del Hospital, con el objetivo de determinar el comportamiento en las adolescentes de las siguientes variables: edad, ocupación, nivel cultural, índice de masa corporal a la captación, ganancia ponderal al término de la gestación, estado civil, tiempo de gestación al parto, tipo de parto y

complicaciones perinatales del recién nacido.

Todos los datos se sometieron a un proceso de revisión con el fin de detectar errores, duplicidad u omisiones, comprobando que el 100% eran válidos para cumplir los objetivos del trabajo.

Se realizó mediante una Base de Datos con la ayuda del programa Microsoft Access y con el posterior procesamiento de los datos estadísticos y títulos necesarios mediante el Programa medical.

Se empleó la determinación de las Tasas de incidencias mediante la siguiente expresión:

$$T1 = \frac{\text{Casos nuevos LT}}{\text{Total de embarazadas}} \times 100$$

L: Lugar de nacimientos (Hospital)

T: Tiempo (Período comprendido)

Revisión bibliográfica

Se realizó revisión bibliográfica acerca del tema en la biblioteca del Policlínico Docente "José Martí Pérez", del Hospital General "Gustavo Aldereguía Lima", del Hospital Pediátrico Provincial "Octavio de la Concepción y de la Pedraja", Biblioteca de la Facultad de Ciencias Médicas "Mariana Grajales" de Holguín y en el Centro provincial de información de ciencias médicas de Holguín.

Plan de análisis estadístico.

Los resultados obtenidos se procesaron por el programa gestor de base de datos FOXPRO 2; y se llevó a tablas de Nro. y porcentaje para su mejor análisis y comprensión.

Utilizamos como medida de resumen para variables cualitativas el porcentaje, por ser el más utilizado en investigaciones médicas.

Posteriormente se procedió al cómputo de la misma mediante una técnica manual con auxilio de una calculadora Cassio, presentándose los resultados en tablas de distribución de frecuencia simple y

asociación, para su mejor comprensión y con la bibliografía consultada arribar a conclusiones.

Análisis y discusión de los resultados

Los embarazos pueden desarrollarse bajo dificultades específicas según la edad de la madre.

En los países desarrollados, la sociedad industrializada reconoce a la adolescencia como un grupo de población bien definida. Sin embargo, en las naciones en desarrollo es relativamente reciente su conocimiento como etapa de la vida con características propias.

Durante la adolescencia, además de que no se tiene la madurez necesaria, tanto biológica como social para lograr una gestación adecuada, se corren algunos riesgos médicos. Por ejemplo: incremento del peligro de aborto, complicaciones en los partos, hipertensión, anemia, malnutrición. Sin dudas, la madurez sexual es una premisa para lograr una maternidad segura.

El embarazo en la edad adolescente tiene un origen multicausal, sin embargo, parece claro que el inicio precoz de las relaciones sexuales y la no utilización de métodos anticonceptivos eficaces constituyen los determinantes más importantes sobre los que actuar.⁽²⁹⁾

En el período que estudiamos hubo un total de 734 partos. En el 2007 fueron 238 partos, 350 en el año 2008. Y 146 partos en el primer semestre del 2009.

De ellos 217 partos fueron en adolescentes, que representó una Tasa de Incidencia del 29.56 %. Gráfico 1

Una adolescente sexualmente activa, que no utilice anticonceptivos, tiene un 90% de probabilidades de quedar embarazada en un año.⁽³⁰⁾

Se estima que en la mayoría de los países de la región entre el 15-25 % de todos los nacimientos ocurren en adolescentes.⁽³¹⁾

En una investigación realizada en la provincia Las Tunas, Cuba, en 5 consultorios del médico de la familia (CMF)

la proporción fue de 46,7 % que resulta una cifra sumamente alta. (Pérez Queda R, Rosabal GF, Pérez GJL, Yabor PA. El bajo peso al nacer y embarazo en la adolescencia en 5 consultorios del médico de la familia).

Según el anuario estadístico del MINSAP 2001, en Cuba la tasa de fecundidad por edades en las de menos de 20 años fue de 50,3 x 1 000 mujeres de la edad y el mismo indicador para todas las mujeres en edad fértil fue de 45,5 x 1 000. ⁽³²⁾

Esta tasa es de 87 x 1 000 en los países de Centro América y 75 x 1 000 en Sur América, lo que avala la influencia de los factores socio- culturales y económicos. ⁽³¹⁾

Las tasas de embarazos y natalidad entre las niñas de 15-19 años de edad habían disminuido en un 34% desde 1991 en Estados Unidos, éstas aumentaron por primera vez en 2006 (de 40.5 por cada mil mujeres en este grupo de edades, en 2005, a 41.9 en 2006).

En 2006, nacieron un total de 435,427 bebés de madres entre 15 y 19 años de edad, lo que constituye una tasa de natalidad de 41.9 nacimientos vivos por cada 1,000 madres en este grupo de edades. ⁽³³⁾

Se estima que en Estados Unidos, a la edad de 20 años, el 40% de mujeres blancas y 64% de mujeres negras habrá experimentado por lo menos 1 embarazo. ⁽³⁴⁾

Existen disparidades importantes relacionadas con las tasas de embarazos y natalidad. En 2005, Washington, D.C. registró la tasa más alta de natalidad entre adolescentes en el país (63.4 por 1,000); mientras que las tasas más altas por estado se registraron en Texas y Nuevo México (con 61.6 cada uno); la tasa más baja (17.9) se registró en Nuevo Hampshire. ⁽³⁵⁾

En 2006, la tasa general de natalidad entre jóvenes de 15-19 años de edad fue de 41.9, sin embargo,

- la tasa fue de 83 entre las hispanas (dos veces más alta que la tasa general),

- 63.7 entre las adolescentes negras no hispanas (no obstante, la tasa de embarazos entre las adolescentes negras es un tanto más alta que entre las hispanas),
- 54.7 entre las indoamericanas y nativas de Alaska, y
- 26.6 entre las blancas no hispanas. ⁽³⁵⁾

Al comparar Estados Unidos con otros países, se deduce que podría hacer más para disminuir sus tasas de natalidad y de embarazos en adolescentes, ya que estas ocupan el segundo lugar en comparación con las de 48 países del mundo desarrollado. ⁽³⁶⁾

La prevalencia de embarazo a nivel nacional en Costa Rica es del 20%. En un estudio reciente sobre salud reproductiva con 205 adolescentes procedentes de una zona urbana marginal, se encontró que la prevalencia de embarazo en la adolescencia era de 27,8%. ⁽³⁷⁾

En el Cuadro 1 representamos la distribución de las adolescentes según grupos de edades. Encontramos que el mayor número de adolescente estuvo en el grupo de edades de 18 a 19 años con 146 casos para un 70.53 %, seguido del grupo de edad de 16 a 17 años con 51 casos, para un 24.63 %, y por último el grupo de edad de menores de 15 años. Cuadro 1.

La edad mínima de las madres adolescentes, que registran los países industrializados es de 14 ó 15 años, aproximadamente la mitad de las adolescentes tiene 18 o 19 años y el resto, 17 años o menos. ⁽³⁸⁾

Este es un factor desfavorable ya que se conoce que mientras más cercano a la menarquía es el embarazo, al no tener las condiciones físicas y psicológicas requeridas, existe mayor riesgo de complicaciones maternas y neonatales.

Las estadísticas muestran que el 18% de los adolescentes americanos han experimentado el sexo con anterioridad a los 15 años de edad. Además, este número crece hasta el 66% de adolescentes no casadas que tienen experiencias sexuales

antes de los 19 años. Diferentes estudios han mostrado que a la edad de 20 años, el 75% de las mujeres y el 86% de los varones estadounidenses son sexualmente activos. El porqué los adolescentes practican el sexo, y por qué lo hacen sin métodos efectivos de contracepción, es un tema de discusión ardiente.⁽³⁴⁾

En estudio realizado por la Dra. Lilian S. Fernández en el Hospital "Julio Trigo López" de La Habana, sobre la caracterización del recién nacido de madres adolescentes, ocurrieron durante el período de estudio 206 (12,3 %) nacimientos vivos de madres adolescentes de las cuales 45 % eran menores de 18 años. La edad promedio fue de 17, 5 años, la menor fue de 13 y la mayor de 19.⁽³⁹⁾

En relación con la edad cuando comienzan la actividad sexual y la frecuencia de sus relaciones sexuales, la conducta sexual de los adolescentes en Estados Unidos es similar a la de los adolescentes en otros países desarrollados. Sin embargo, el uso de anticonceptivos o el uso permanente de otros métodos efectivos para evitar el embarazo tienden a ser menor entre las adolescentes en Estados Unidos que en otros países desarrollados.⁽⁴⁰⁾

En estudio realizado por Francisca Sánchez y colaboradores, sobre el Índice de masa corporal en embarazadas adolescentes, se observó que el 0,5 % de las adolescentes tenía menos de 14 años de edad.⁽⁴¹⁾

Según la Encuesta de Salud y Hábitos Sexuales del año 2003, realizada por el Instituto Nacional de Estadística en colaboración con el Ministerio de Sanidad y Consumo, la edad media del primer coito entre los jóvenes de 18 a 19 años se reduce hasta 16,4 en chicos y 16,6 en chicas; y el 23,8% de los chicos y el 18,9% de las chicas de esa edad iniciaron sus relaciones sexuales antes de los 16 años.⁽⁴²⁾

Entre los determinantes de este inicio precoz de las relaciones sexuales se puede destacar factores biológicos, familiares o ambientales.⁽⁴³⁾

En cuanto a los factores biológicos, cabe destacar la tendencia al adelantamiento de

la edad de inicio de la pubertad que se está produciendo. Esta capacidad reproductiva a edades más tempranas implicaría también una disociación entre la maduración psicológica y la sexual que, a su vez, conlleva un mayor riesgo de embarazo en edades escolares.⁽⁴⁴⁾

Por otra parte, existen factores familiares que determinan un inicio más precoz de las relaciones sexuales. El modelo familiar puede transmitirse de padres a hijos, observándose una mayor frecuencia de embarazos en la adolescencia en hijas de adolescentes. Algunos autores relacionan una peor relación con los padres en los adolescentes con actividad sexual, del mismo modo estiman una menor actividad sexual en hijos de padres de mayor nivel educativo.⁽⁴⁵⁾

Los datos indican que, entre las adolescentes de más edad (18 y 19 años), la disminución del riesgo de embarazos, en su totalidad, se debe a un aumento del uso de anticonceptivos.⁽⁴⁶⁾

Las complicaciones en embarazadas precoces, cuando se comparan con las gestantes adultas, fluctúan desde tasas altamente significativas con graves complicaciones perinatales, a la existencia de pocas o nulas consecuencias.^(21, 47) La anemia y la hipertensión inducida han sido encontradas por muchos autores como complicaciones comunes entre las gestantes adolescentes.^(48, 49, 50, 51)

Las edades extremas constituyen un factor de riesgo conocido para la preeclampsia.^(21, 52)

La anemia se distingue como una de las complicaciones más frecuentes en el embarazo y es más común en mujeres con dieta inadecuada,⁽⁵³⁾ como es el caso de las menores de 20 años, donde los caprichos y malos hábitos alimentarios propios de la edad contribuyen al déficit de hierro. En estos casos los riesgos nutricionales se incrementan, y además de la anemia existen otras carencias nutricionales específicas que colocan en peligro tanto el embarazo como su crecimiento y desarrollo.^(21, 54)

En el Cuadro 2 se hizo la distribución de las adolescentes según su ocupación.

Encontramos que estudiando existían 144 adolescentes para un 69.56 %, seguidas de las amas de casa con 43, para un 20.77%, y por último las adolescentes trabajadoras con 20 casos para un 9.66 %. Cuadro 2.

En el Cuadro 3 presentamos el nivel de escolaridad de las adolescentes. En este cuadro predominó el nivel de escolaridad secundaria con 92 casos para un 44.44 %, seguido del preuniversitario con 86, para un 41.54 %, luego las técnico medio con 26 casos para un 12,56 % y por último la primaria con 3 casos. Cuadro 3.

Es importante destacar que en nuestros adolescentes predominan las que están estudiando, con un nivel de escolaridad de secundaria básica y preuniversitario, esto habla positivamente del sistema de educación cubano, pero debemos revisar también como no obstante a esto aun las adolescentes no logran comprender de lo perjudicial que resulta el embarazo en la adolescencia.

En investigación del Dr. Bernardo Fernández y la Técnica en Salud Yunia Alfonso, realizada a 500 mujeres menores de 20 años, en el hospital ginecoobstétrico "Ciro Redondo" de Pinar del Río, durante los primeros cinco meses del 2001, se encontraron notables diferencias en cuanto a la reacción de las parejas de las estudiantes de secundaria, preuniversitaria o las universitarias. Sí es de lamentar que entre estas 500 adolescentes haya 28 que se encontraban en la enseñanza primaria.⁽⁵⁵⁾

En estudio realizado por Francisca Sánchez y colaboradores, sobre el Índice de masa corporal en embarazadas adolescentes, se observó que el 15,3 % tenía estudios primarios.⁽⁴¹⁾

Organizaciones que promueven la prevención del embarazo en adolescentes, como Advocates for Youth y National Campaign to Prevent Teen Pregnancy, han identificado programas efectivos para promover tomas de decisiones sanas entre adolescentes, como reducir el número de parejas, posponer la iniciación de las relaciones sexuales y aumentar el uso de anticonceptivos y condones. Aun cuando estos programas son prometedores, queda mucho por hacer para identificar otras

intervenciones innovadoras que contrarresten la manera como la sociedad, la cultura y el ambiente influyen en el embarazo en adolescentes. También se necesitan mejores vías para hacer que los adolescentes aborden la prevención del embarazo desde perspectivas basadas en evidencias, de manera que se generalice el uso de intervenciones más efectivas. Y fundamentalmente elevar el nivel cultural de las mismas.⁽⁵⁶⁾

En los resultados de los estudios de Vera et al. se afirma que el nivel de instrucción de las adolescentes puérperas que se estudiaron y de sus padres, resultó ser bajo o de analfabetismo. Del mismo modo, presentaron una cualificación profesional mínima, por lo que se concluyó la pertenencia de estos sujetos de estudio a grupos socioeconómicos desfavorecidos.⁽⁵⁷⁾

En el Cuadro 4 se describe el estado civil de las adolescentes. Predominan las adolescentes solteras con 148 casos para un 71.49 %, seguido de las que refieren una unión estable con 46 casos, 22.22 %, solo 12 son casadas (5.79 %), y una es viuda. Cuadro 4.

Esto por supuesto agrava el estado en que queda la adolescente, su inmadurez psicológica y biológica, no tienen un apoyo de la parte paterna que colabore en la solución de las dificultades que se deben enfrentar en el embarazo y posteriormente en el cuidado del recién nacido, que además conlleva al abandono escolar, entre otras cosas más.

En estudio realizado por la Dra. Lilian Susana Fernández y colaboradores sobre la Caracterización de la gestante adolescente en el hospital materno infantil docente "Julio Trigo López", se apreció que predominó el estado civil acompañada, el porcentaje de casadas es mayor en las de 18 años o más y el de solteras es superior en las de menos de 18 años diferencias que resultaron significativas ($p < 0,05$) lo que demuestra asociación entre ambas variables.⁽⁵⁸⁾

En estudio realizado por Francisca Sánchez y colaboradores, sobre el Índice de masa corporal en embarazadas

adolescentes, se observó que el 35,3 % eran solteras.⁽⁴¹⁾

Al revisar el estado civil y la edad materna en las adolescentes vemos que hay asociación, ya que en estas edades hay una inmadurez biológica, psíquica y emocional no apropiada para mantener una relación de pareja estable, a esto se une que estas madres tienen un bajo nivel escolar y en muchos casos han abandonado la escuela, aunque existen comunidades donde su cultura promueve y apoya el matrimonio en edades tempranas, estas condiciones constituyen factores de riesgos asociados a la gestación precoz.

González Hdez. encuentra el 20,5 % de madres solteras, sin embargo, tiene una proporción menor de acompañadas y una superior de casadas, en este punto hay que tener en cuenta que el dato puede ser alterado por la mujer que puede falsear la respuesta alegando tener algún vínculo estable de pareja cuando en realidad no lo tiene, actitud común de la adolescencia.⁽⁵⁸⁾

La incidencia del embarazo en adolescentes crece. El porcentaje de nacimientos en adolescentes no casadas en Estados Unidos ha aumentado en un 74,4% entre 1975 y 1989.⁽³⁴⁾

Las mujeres que tienen su primer hijo durante la adolescencia tienen más probabilidades de tener más hijos totales. Y estos hijos también menos probabilidades para recibir el apoyo de sus padres biológicos, completar su educación, el trabajo en algún tipo de vocación, y establecer la independencia y seguridad financiera adecuada para proveerse por sí mismas. Las madres adolescentes casadas son más susceptibles a experimentar divorcios (80 %) que las mujeres casadas que aplazan su embarazo hasta los 20 años por lo menos.⁽³⁴⁾

Según los datos obtenidos en estudio realizado en Costa Rica se encontraron más dificultades en la atención prenatal en adolescentes que no están casadas o unidas y en las solteras que no cuentan con apoyo familiar. Ello se podría justificar en que algunos estudios han observado en las adolescentes un desarrollo precario, desde el punto de vista psicosocial previo al embarazo. Esta deficiencia las induce a

buscar los afectos en ámbitos extra familiares.⁽³⁷⁾

En el Cuadro 5 mostramos el Índice de masa corporal. Positivamente en nuestro estudio predominó el índice de masa corporal considerado como normopeso, con 163 casos para un 78.74 %, seguido de las bajo peso con 21 casos, con 10.14 %, y luego las sobrepeso con 17 casos para un 8,21 %. Cuadro 5.

Entre los riesgos biológicos del embarazo en edades tempranas se señala la malnutrición materna. El bajo peso materno es un hallazgo frecuente entre las gestantes adolescentes y se reporta hasta en más del 50% en algunas estadísticas.^(21, 48, 49)

En estudio realizado por Francisca Sánchez y colaboradores, sobre el Índice de masa corporal en embarazadas adolescentes, se observó que el 47,2 % tenía IMC inferior a 19,8 kg/m² de superficie corporal, y solo el 17 % tenía edad ginecológica inferior a los 3 años.⁽⁴¹⁾

Según Prendes Labrada el estado nutricional materno es un factor determinante en el crecimiento fetal y en el peso del recién nacido, en general el peso al nacer guarda paralelismo con la ganancia de peso materno. Asimismo, en la gestante desnutrida, y en la adolescente que no ha completado su desarrollo hay un inadecuado intercambio feto materno, así como un metabolismo anormal de proteínas, lípidos, carbohidratos y minerales en la madre, que propician la utilización insuficiente de los nutrientes por el feto y afectan su desarrollo.⁽³⁹⁾

En el estudio realizado en La Habana se encontró que las madres adolescentes de este estudio fueron clasificadas en el momento de la captación: normopeso solamente en un 42 %, bajo peso en un 34 % y sobrepeso un 24 %, (solo hubo una obesa que se incluye en la clase de sobrepeso).⁽⁵⁸⁾

En estudio realizado en el Hospital "América Arias", en embarazadas adolescentes, Gertrudis Rimbao Torres y colaboradores encontraron que la valoración nutricional al inicio del embarazo, en la mayor parte de las

adolescentes fue normopeso, lo que representó un 47,8 %. Contrario a lo que pudiera creerse, la mayoría de las pacientes adolescentes que se embarazan tienen un peso adecuado para su talla al inicio de la gestación, y así lo confirman los múltiples estudios consultados.^(59, 60, 61) Nuestros resultados coinciden con lo de los autores mencionados.

La desnutrición materna es un factor importante que se añade a la adolescencia en el resultado del neonato de bajo peso, aunque para algunos es sólo un factor influyente, cobra fuerza cuando se asocia a otros riesgos, como una ganancia de peso insuficiente durante el embarazo.^(62, 63, 64)

La ganancia de peso de las adolescentes se presentó en el Cuadro 6. Con 137 casos que tuvieron una ganancia entre 9 y 12 Kg para un 66.18 %, luego las que ganaron menos de 8 Kg, con 58 casos, para un 28.01 %, y por último las que ganaban más de 12 Kg, con 12 casos para un 5.79 %. Cuadro 6.

Para una mujer con peso normal antes del embarazo la ganancia de 8 a 15 kg parece ser lo más adecuado, pero en la gestante desnutrida, y en la adolescente que no ha completado su desarrollo, el incremento debe ser mayor, lo cual en muchas ocasiones no se cumple porque no existe la cooperación necesaria por parte de la gestante y/o sus familiares. La desnutrición durante el embarazo, propicia la utilización insuficiente de los nutrientes por el feto y afecta su desarrollo.^(58, 65)

En estudio realizado por Francisca Sánchez y colaboradores, el 10,8 % presentó ganancia de peso corporal durante la gestación inferior a 9 kg.⁽⁴¹⁾

El tiempo de gestación de las adolescentes se mostró en el Cuadro 7. En un período considerado como normal del embarazo estuvieron 182 casos, para un 87.92 %, luego las que se encontraban entre 28 y 36 semanas con 22 casos para un 10.62 %, y solo tres llegaron a un embarazo de más de 42 semanas. Cuadro 7.

Varios autores muestran un índice de parto pretérmino muy similar al de este estudio, por ejemplo, Pérez Queda informa entre sus adolescentes un 11 % de partos antes

de las 37 semanas de gestación. Este resultado está muy ligado al peso del RN y a su estado nutricional al momento del nacimiento según su sexo. En general, casi todos los autores coinciden en que el bajo peso y el "pequeño en peso para la edad gestacional" (PEG) son muy frecuentes en el producto de gestaciones en adolescentes y con mayor riesgo en la medida que la madre es más joven.⁽⁵⁸⁾

La adolescencia constituye un factor de riesgo importante para el parto pre término. A la prematuridad contribuyen una serie de condicionantes presentes con mayor frecuencia en las adolescentes que en las gestantes adultas, como son la malnutrición materna, la anemia y las infecciones. Muchos autores encuentran la amenaza de parto pretérmino y el parto pretérmino como una de las problemáticas del embarazo a edades tempranas,^(66, 67) algunos incluso como la complicación más frecuente en este grupo de edad;⁽⁶⁸⁾ sin embargo, en nuestro estudio no lo fue, lo cual coincide con los resultados hallados por otros autores. En este estudio no se identificó, en cuantas de las gestantes adolescentes el embarazo estuvo complicado con amenaza de parto pretérmino y en el porcentaje de las mismas en que se evitó la prematuridad mediante acciones específicas de atención prenatal y que pueden haber contribuido al bajo porcentaje de partos antes de las 37 semanas encontrado.⁽⁶⁹⁾

En el estudio realizado por la Dra. Lilian S. Fernández y colaboradores, se encontró que el 83 % de los recién nacidos alcanzaron de 37 a 41 semanas de vida intrauterina, el 12 %, menos de 37 semanas y el 5 %, 42 semanas o más.⁽³⁹⁾

En el Cuadro 8, tipo de parto con el que terminó el embarazo, 144 fueron de parto eutócico, para un 69.56 %, y 63 fueron de parto distócico, para un 30.43 %. Cuadro 8.

En el estudio referido de la Dra. Gertrudis Rimbao y colaboradores, en relación con el tipo de parto, observaron que la mayoría de las pacientes dieron a luz mediante un parto transpelviano (74,3 %). Esto confirma lo referido en los últimos estudios realizados sobre adolescencia y vía del parto, en los que se plantea que no existe

una relación directa entre la edad materna y el parto por cesárea. ^(59, 70, 71)

En el estudio realizado por la Dra. Lilian Fernández, el tipo de parto resultó asociado con la edad de la madre ($p < 0,05$). Se observó que las adolescentes mayores (18 años) casi en un 67 % parieron fisiológicamente. Las menores de 18 años tuvieron un parto normal (53 %). Se encontró un índice de cesárea bastante alto, en general (32 %) pero se destaca que este fue mayor (41 %) mientras menor fue la edad. ⁽⁵⁸⁾

Se conoce que en lo biológico los riesgos de las gestaciones en adolescentes están determinados por la inmadurez de las estructuras pélvicas y del sistema reproductor en general, por otro lado, ya en trabajo de parto otras circunstancias como la hipertensión gravídica, Sufrimiento Fetal Agudo (SFA) y Desproporción Céfalo Pélvica (DCP) también frecuentes en estas madres, dan lugar a que el tipo de parto con frecuencia sea distócico, por cesárea o instrumentado. Vázquez Márquez presenta resultados muy similares. ⁽⁷²⁾

Peláez señala que algunos autores han identificado que en las adolescentes aumenta la frecuencia de partos distócicos, prolongados y las cesáreas, que las causas más frecuentes de las cesáreas en estas pacientes son precisamente la enfermedad hipertensiva, entre otras, aspectos con los cuales coinciden los resultados de este trabajo. ⁽⁵⁸⁾

En la literatura se reporta un aumento de la incidencia de los partos operatorios en las edades tempranas, lo cual podría deberse a la inmadurez o incompleto desarrollo del canal del parto. Índices de cesárea inferior en las adolescentes, son reportados por algunos autores; ⁽⁷³⁾ no obstante, la mayoría de las referencias reflejan elevados indicadores de cesárea entre las gestantes menores de 20 años. ^(66, 74, 75, 76) Por otra parte, la planificación anteparto de la operación cesárea se ha relacionado con tasas inferiores de mortalidad. ^(69, 77)

Las complicaciones perinatales de los recién nacidos se mostró en el Cuadro 9. La principal complicación fue el bajo peso al nacer, seguido del Distress respiratorio, la

hipoxia y el apgar bajo respectivamente. Cuadro 9.

El embarazo en la adolescente se asocia con el riesgo más alto de enfermedad y muerte para ambos, la madre y el bebé. ⁽³⁴⁾

Las adolescentes encinta tienen un riesgo mucho más alto de complicaciones médicas serias tales como la toxemia, hipertensión, anemia importante, parto prematuro, y/ o placenta previa. El riesgo de muerte para madres de 15 años o más jóvenes es 60% mayor que el de madres de 20 años. ⁽³⁴⁾

La morbilidad general en el estudio realizado por Lilian Fernández y colaboradores alcanzó la cifra de 29 %, 60 RN presentaron algún tipo de afección. Los trastornos metabólicos fueron los más frecuentes en el (82 %) seguido por Íctero, las afecciones respiratorias y la sepsis. Las afecciones hematológicas se observaron en el 17 % y el resto con porcentajes inferiores al 7 %. Es de sumo interés señalar que la morbilidad estuvo presente en el 75 % de los de menos de 37 semanas de gestación al momento de nacer, en el 65 % de los que nacieron de parto distócico (cesárea o instrumentación), en 43 % de las captaciones intermedias y de madres desnutridas o bajo peso. ⁽³⁹⁾

Mucho se ha hablado de que el riesgo de tener un hijo con bajo peso está muy relacionado con la embarazada adolescente. ^(46, 55, 59)

En el estudio referido de Lilian Fernández y colaboradores, el peso promedio de los RN fue de 3 095 g y osciló en general entre 2 513 y 3 677. El peso menor fue de 1 350 g y el mayor, de 4 450 g para un total de un 88 % con peso al nacer mayor de 2 500 g. Por lo que el peso al nacer no constituyó un problema de importancia. ⁽³⁹⁾

Los bebés de madres adolescentes tienen de 2 a 6 veces más probabilidades de tener bajo peso al nacimiento que esos que nacen de madres de 20 años o más. Esto es casi siempre por ser bebés prematuros, pero el retraso del crecimiento intrauterino (crecimiento inadecuado del feto durante el embarazo) es también un factor. Las madres adolescentes son más dadas a demostrar comportamientos tales como

fumar, uso de alcohol, o abuso de drogas; alimentación inconsecuente y pobre; o parejas sexuales múltiples. Esto puede poner al bebé en un riesgo alto de crecimiento inadecuado, infecciones, o dependencia química. El riesgo de muerte del bebé durante el primer año de vida se incrementa en relación a la edad de la madre, cuanto menor de 20 años sea.⁽³⁴⁾

Los resultados de este estudio, los de la Dra. Lilian Fernández⁽⁵⁸⁾, así como los de otras publicaciones aquí citadas, confirman que mientras más joven es la madre adolescente son mayores los factores de riesgos capaces de influir en el RN e indican que la adolescencia con todas sus características constituye un problema del mundo actual al que debe dedicársele cada vez mayor atención para garantizar la salud integral de la población.

La morbilidad de los RN es más frecuente en aquellos niños expuestos a factores desfavorables como pretérmino, distocias, captaciones tardías o precoces y desnutrición materna desde el inicio de la gestación. Glez. Hdez.⁽³⁹⁾ registra los traumas obstétricos en el 17,9 % de las adolescentes que fue la complicación más frecuente, seguida de las respiratorias con el 8,9 %, cifras diferentes a las de este estudio.

En su investigación Vázquez Márquez encontró mayor frecuencia de distress transitorio e hipoxia. Quizás las diferencias estén en la forma de clasificar las entidades aunque hay autores que señalan que la morbilidad en estos RN puede variar y no se caracteriza significativamente por aparecer en ellos cifras muy diferentes de las de la población normal de nacimientos con distress respiratorio e hipoxia.⁽³⁹⁾

En múltiples investigaciones se evidencian que el embarazo a cualquier edad de la adolescencia lleva a una serie de situaciones que pueden atentar tanto contra la salud de la madre como la de su hijo, y constituyen un problema de salud que no debe ser considerado solamente en términos del presente, sino del futuro, por las complicaciones que pueden desencadenar.^(78, 79, 80)

Analizando la incidencia del bajo peso al nacer en las menores de 20 años, la

mayoría de los autores hallan diferencias significativas cuando las comparan con las madres maduras.^(66, 81, 82, 83) Esta diferencia puede atribuirse a factores sociales tales como la pobreza, los períodos intergenésicos cortos, las conductas más arriesgadas o la atención prenatal deficiente, más que a la edad materna en sí. No obstante en la adolescente están presentes muchas veces factores que condicionan la prematuridad y el retardo del crecimiento intrauterino, baste mencionar la malnutrición y la anemia entre ellos. Nosotros no encontramos diferencias en ambos grupos en cuanto al peso de los recién nacidos.⁽⁶⁹⁾

La depresión perinatal se reporta, en la mayoría de los estudios, como una de las complicaciones más frecuentes del parto en edades tempranas, pero su incidencia, al igual que la de otras complicaciones, se relaciona con los cuidados ante e intraparto.^(69, 76, 77, 83, 84)

Conclusiones

1. En el período estudiado la incidencia de embarazos en la adolescencia fue aproximadamente del 30 %.
2. Predominaron en las características de las adolescentes: las estudiantes, el nivel de escolaridad de secundaria básica, seguido del preuniversitario, y el estado civil solteras.
3. Predominó el tiempo de gestación considerado a término, seguido del pretérmino, y el tipo de parto eutócico.
4. Las principales complicaciones del recién nacido fueron: bajo peso al nacer, distress respiratorio, hipoxia y apgar bajo-
- 5.- La gestante adolescente es una paciente especial desde el punto de vista biopsicosocial, por tanto, requiere de atención especializada por un equipo multidisciplinario, haciendo particular énfasis en la prevención de las complicaciones y el manejo adecuado de los problemas que se presenten durante su seguimiento.

Recomendaciones

1.- Ejecutar programas de intervención educativa con las adolescentes que propicien la responsabilidad compartida de la actividad sexual, la anticoncepción y el embarazo, así como también con los adolescentes varones.

2.- Otras recomendaciones tienen que ver con la necesaria insistencia de que el embarazo no deseado también es un problema del hombre. Además, es importante ampliar el estudio de la presencia y participación del varón en otras áreas de la salud reproductiva, que contribuyan al reconocimiento y desarrollo de los derechos de las mujeres y la equidad entre los géneros.

3.- Es importante recomendar identificar los riesgos potenciales de embarazo precoz e infecciones de transmisión sexual, a través de la interacción escuela-familia-consultorio y establecer vínculos que permitan planificar, organizar y ejecutar programas de educación sexual en las escuelas y la comunidad.

Referencias

- 1.- Abreu Naranjo, Rafael; Reyes Amat, Oliva; García Rodríguez, George N.; et al. Adolescencia e inicio precoz de las relaciones sexuales. Algunos factores desencadenantes. *Gaceta Médica Espirituana* 2008; 10(2).
- 2.- Aliño M, López JR, Navarro R. Adolescencia. Aspectos generales y atención a la salud *Rev Cubana Med Gen Integr* 2006 ene.-mar; 22(1): versión on line ISSN 0864-2125.
- 3.- Kafewo SA. Using drama for school-based adolescent sexuality education in Zaria, Nigeria. *Reprod Health Matters*. 2008 May; 16(31):202-10.
- 4.- B, Auerbach MM, Havens CG, Brach MJ, Klein JD, Sabaratnam P, Pazos. Evaluation of the parents as primary sexuality educators program. *J Adolesc Health*. 2005 Sep; 37(3 Suppl):S94-9.
- 5.- Mngadi PT, Fixelid E, Zwane IT, Höjer B, Ransjo-Arvidson AB. Health providers perceptions of adolescent sexual and reproductive health care in Swaziland. *Int Nurs Rev*. 2008 Jun; 55(2):148-55.
- 6.- Hampton T. Abstinence-only programs under fire. *Hampton T. JAMA*. 2008 May 7; 299(17):2013-5.
- 7.- Ott MA, Santelli JS. Approaches to adolescent sexuality education. *Adolesc Med State Art Rev*. 2007 Dec; 18(3):558-70
- 8.- Hewitt, G. And b. Cromer: "Update on adolescent contraception", *Obstet. Gynecol. Clin. North Am* ; 27(1) : 143-162, 2000.
- 9.- English A. Sexual and reproductive health care for adolescents: legal rights and policy challenges. *Adolesc Med State Art Rev*. 2007 Dec; 18(3):571-81
- 10.- Morales Juan, Gutiérrez Cesar, Mitma Casilda. Características del embarazo en adolescentes de la sierra rural del sur de Ayacucho, 2004- 2008. *Rev.peru, epidemiol.vol12 N°3 Diciembre 2008*.
- 11.- Ramón Arbués, Enrique. Embarazo y adolescencia. Situación y nuevos retos. (Artículo en línea) <<http://www.educare21.com.html>> (consulta: 21 de octubre 2008).
- 12.- Castro Espin M. Programa "Crecer en la adolescencia". Ciudad de la Habana: CENESEX; 2005.
- 13.- Issier R, Juan. Embarazo en la adolescencia. *Revista de Postgrado de la Cátedra de Medicina*, Agosto 2001, (7): 11-23.
- 14.- Díaz, A; Sugg, C; Valenzuela. Embarazo en la adolescencia. Educación sexual y anticoncepción previa. *REV SOGIA* 2004; 11(3): 79.
- 15.- Balestena Sánchez, Jorge. Impacto de la menarquia en los resultados maternos perinatales. *Rev Cubana Obstet Ginecol* 2005; 31(1).
- 16.- Ministerio de Sanidad y Consumo. Análisis de la situación de la juventud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008. [En línea][fecha de acceso: 18 de noviembre de 2008] URL disponible en: <http://www.msc.es/ciudadanos/proteccionSalud/adolescencia/ganarSalud/analisis.htm>
- 17.- Brown JD, Strasburger VC. From Calvin Klein to Paris Hilton and MySpace: adolescents, sex, and the media. *Adolesc Med State Art Rev*. 2007 Dec; 18(3):484-507
- 18.- Santana Pérez, Felipe. Características de la primera relación sexual en adolescentes escolares de Ciudad de la Habana. *Rev Cubana Salud Publica* 2006; 32(3).
- 19.- Prendes Labrada MC. Estado nutricional materno y peso al nacer. *Rev Cubana Med Gen Integr* 2001; 17(1):35-42.

- 20.- Velásquez Manríquez A. Embarazo en la adolescencia: factores biológicos, maternos y perinatales más frecuentes. *Rev Cubana Obstet Ginecol* 2001; 27(2):158-64.
- 21.- Sáez Cantero, Viviana. Morbilidad de la madre adolescente. *Rev Cubana Obstet Ginecol* 2005; 31(2)
- 22.- Montenegro A, Hernán. Educación sexual en niños y adolescentes. *Rev Med Chile*, 2000; 128(6): 571-73.
- 23.- Díaz Angélica, Sanhueza R, Pablo y Yaksic B, Nicole. Riesgos obstétricos en el embarazo adolescente: estudio comparativo de resultados obstétricos y perinatales con pacientes embarazadas adultas. *Rev. Chil de Obstet Ginecol* 2002; 67(6): 481-87.
- 24.- Noa Sánchez D. Factores biopsicosociales que influyen en el embarazo en la adolescencia en el área de salud del policlínico de San Andrés. Trabajo para optar por el Título de Especialista General Integral/d. Noa Sánchez- Holguín, 2000. Tesis. Tutor: Joise Luis Bernal.
- 25.- Revista Salud Pública mexicana. Volumen 435-1,2. 2003.
- 26.- Valdés Ducal S, Essien J, Burdales Mikel J, et al. Embarazo en la adolescencia, riesgos y complicaciones. *Rev Cubana Obstetr Ginecol* 2002, 28(2)-
- 27.- Peláez Mendoza J. Adolescentes embarazadas. *Rev. Cubana Obstet Ginecol* 2003; 29(3).
- 28.- Lisbeth Ricardo Pupo. Juegos de muñecas. Periódico Ahora. 30 de junio del 2007. p.4-
- 29.- Ramón Arbués, Enrique. Embarazo y adolescencia. Situación y nuevos retos. Revista electrónica para la formación de enfermeras. Valencia, España. Diciembre 2008 · Nro. 51 / ISSN 14582-214.
- 30.- U.S. Teenage Pregnancy Statistics: Overall Trends, Trends by Race and Ethnicity and State-by-State Information. New York, NY: The Alan Guttmacher Institute; 2004. (artículo en línea) <<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/druginformation.html>> (consulta: 21 de octubre 2008).
- 31.- Peláez M J. Adolescencia y Juventud. Desafíos actuales. La Habana: Editorial Científico- Técnica; 2003. p. 125-36.
- 32.- Cuba. Ministerio de Salud Pública. Anuario estadístico 2001. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2002.
- 33.- Hamilton BE, Martin JA, Ventura SJ. Births: preliminary data for 2006. *National Vital Statistics Reports* 2007;56(7).
- 34.- EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA. (Artículo en línea) <http://www.tuotromedico.com/indice_adolescencia.htm> (consulta: 30 de enero del 2009)
- 35.- Martin JA, Hamilton BE, Sutton PD, Ventura SJ, Menacker F, Kirmeyer S, Muson ML. Birth: Final data for 2005. *National vital statistics reports* 2007;56(6).
- 36.- Singh S and Darroch JE. Adolescent Pregnancy and childbearing levels and trends in developed countries. *Family Planning Perspectives* 2000; 32(1):14-23. Disponible en <http://www.guttmacher.org/pubs/journals/3201400.html>* (Consultada el 6 de junio de 2009).
- 37.- Núñez, Hilda y Rojas, Ana. Grupo Focal sobre Embarazo en la adolescencia en Rincón Grande de Pavas. Investigación en Curso. San José: Inciensa/UNICEF, 2006.
- 38.- González Hernández A. Estudio de gestantes adolescentes y repercusión en el recién nacido en un área de salud (tesis). La Habana: Policlínico Docente "Lidia y Clodomira", Facultad "Miguel Enríquez"; 1998.
- 39.- Fernández, Lilian Susana. Caracterización del recién nacido en una muestra de gestantes adolescentes. *Rev Cubana Obstet Ginecol* 2004;30(2)
- 40.- Darroch JE, Singh S, Frost JJ, and the Study Team. Differences in teen pregnancy rates among five developed countries: the roles of sexual activity and contraceptive use. *Family Planning Perspectives* 2001;33(6):244-250,281.
- 41.- Sanchez Salazar, F. R.; Trilles Aguabella, Edilia; Castañedo Valdes, Raquel; Lugones Botell, Miguel. Índice de masa corporal en embarazadas adolescentes. *Rev Cubana Med Gen Integr* 2003; 19(1)
- 42.- Ministerio de Sanidad y Consumo. El Ministerio pone en marcha una campaña para promover la salud sexual entre adolescentes y jóvenes. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008. [En línea] [Fecha de acceso: 18 de noviembre de 2008] URL disponible en: <http://www.msc.es/gabinetePrensa/notaPrensa/desarrolloNotaPrensa.jsp?id=638>.
- 43.- Lete Lasa I, De Pablo Lozano JL, Martínez Arévalo C, Parrilla Paricio JJ.

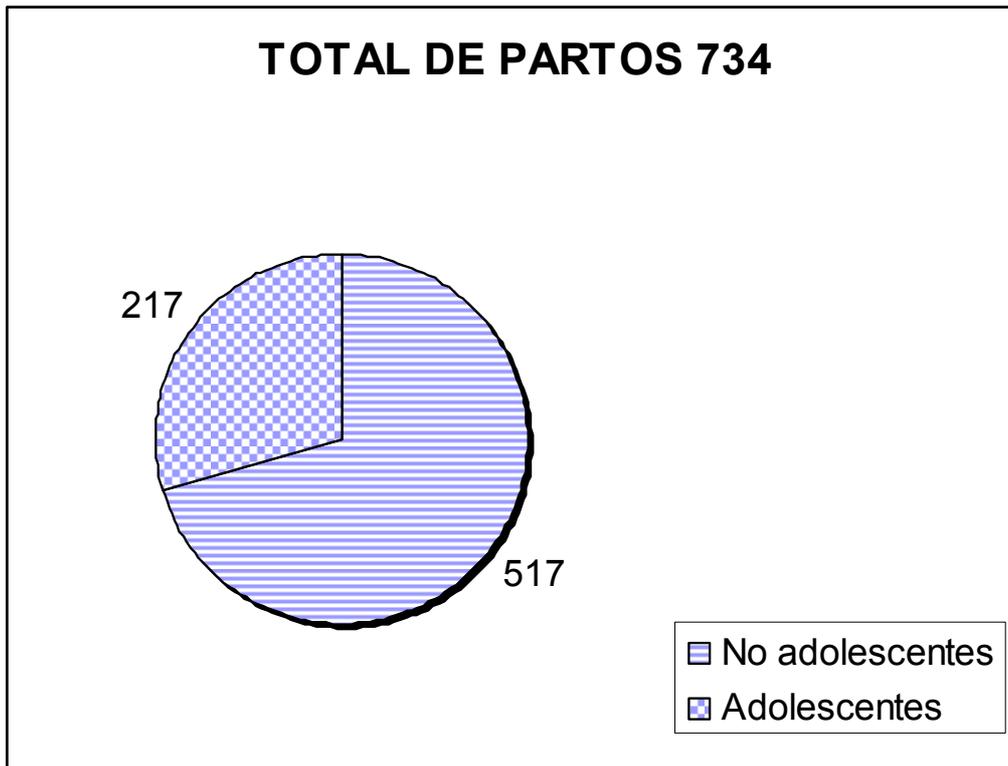
- Embarazo en la adolescencia. En: Buil Rada C, Lete Lasa I, Ros Róala R, De Pablo Lozano JL. Manual de salud reproductiva en la adolescencia. Zaragoza: Sociedad Española de Contracepción/Wyeth-Lederle; 2001.
- 44.- Devaud N, Spotorno A. Medicina evolutiva del desarrollo puberal. Rev. Chil Pediatr 2004; 75(4): 373-378.
- 45.- Lameiras M, Rodríguez Y, Calado M, González M. Determinantes del inicio de relaciones sexuales en adolescentes españoles. C. Med Psicosom 2004;7(72):67-75.
- 46.- Santelli JS, Lindberg LD, Finer LB, Singh S. Explaining recent declines in adolescent pregnancy in the United States: the contributions of abstinence and improved contraceptive use. American Journal of Public Health 2007;97(1):150-156.
- 47.- Dia AT; Diallo I; Guillemin F; Deschamps JP. Prognostic factors of pregnancy and delivery complications in Senegalese adolescents and their newborn. Sante 2001; 11(4):221-8.
- 48.- Soledad, SA, Selva M, Sodero H. Estudio comparativo del Bajo Peso al Nacer al 1er minuto y terminación cesárea entre madres adolescentes y la población general. Rev Posgr VIa Catear Med. 2005; 15; 1-3.
- 49.- Sarmiento Sánchez, Lucia; Pérez Hdez, Leonel. Estudio de las características del embarazo y parto de dos grupos de pacientes. Adolescentes menores de 17 años y adultas mayores de 19 años. Rev Med post UNAH Vol 7 N°3 Septiembre-Diciembre, 2002.
- 50.- Bukulmez O; Deren O. Perinatal outcome in adolescent pregnancies: a case-control study from a Turkish university hospital. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2000; 88 (2):207-12.
- 51.- Zhekova K; Rachev E; Asparukhova E; Bratoeva I; Lazarova L; Georgieva E; Blagoeva V. Pregnancy, delivery and perinatal outcome in adolescent pregnancy. Akush Ginekol (Sofia) 2001; 40(3):19-23.
- 52.-Zalazar Cutiño, Berta.Aspectos fisiológicos, psicológicos y sociales del embarazo precoz y su influencia en la vida del adolescente.MEDISAN 2006; 10(3).
- 53.- Sifaris S; Pharmakides G. Anemia in pregnancy. Ann NY Acad Sci 2000; 900:125-36.
- 54.- E, Sánchez A, Solano L. Perfil de riesgo nutricional en la adolescente embarazada. Arch Latinoam Nutr 2003; 53(2): 141-9.
- 55.- Martínez, C., Costales, V. Embarazo no deseado en la adolescencia, ¿problema sólo de ellas? (artículo en línea) <<http://www.sld.cu/saludvida/perinatal>> (consulta: 21 de octubre 2008).
- 56.- Chandra A, Martinez GM, Mosher WD, Abma JC, Jones J. Fertility, family planning, and reproductive health of U.S. women: data from the 2002 National Survey of Family Growth. Vital Health Statistics 2005; 23(25).
- 57.- Martínez Garcerán C, Molino Contreras JL, Lozano Oliver A, Vera Pérez JA, Montesinos Martínez JM, Cantero González ML. Una explicación antropológica del embarazo en adolescentes en la comarca del Mar Menor y Campo de Cartagena. Enfermería global: Revista electrónica semestral de enfermería 2002; 1: 1-8.
- 58.- Fernández, S. L., Carro Puig, E., et al. Caracterización de la gestante adolescente. Rev Cubana Obstet Ginecol 2004; 30(2).
- 59.- Torres Rimbao, Gertrudis; et al. Comportamiento de la diabetes gestacional en el embarazo en la adolescencia. Rev Cubana Med Gen Integr 2007; 23(3).
- 60.- Rivas-Perdomo E, Álvarez R, Mejías G. Evaluación nutricional en un grupo de adolescentes embarazadas en Cartagena, Colombia. Estudio de corte transversal. Rev Colomb Obstet Ginecol. 2005; 56(4):281-7.
- 61.- Blozán A, Guimarey L. Antropometría pregestacional y gestacional en adolescentes y sus recién nacidos. Arch Argent Pediatr. 2001; 99(4):296-301.
- 62.- López JI, Lugones MB, Valdespino LP, Virella JB. Algunos factores maternos relacionados con el bajo peso al nacer. Rev Cubana Obstet Ginecol 2004; 30(1)
- 63.- Vázquez AM, Guerra CV, Herrera VV, Cruz S Ch, Almiral A Ch. Embarazo y adolescencia. Factores biológicos maternos y perinatales más frecuentes. Rev Cubana Obstet Ginecol 2001; 27(2): 158-64.
- 64.- Valdés SD, Essien, J, Bardales JM, Saavedra DM, Bardales En: Embarazo en la adolescencia: incidencia, riesgos y complicaciones. Disponible en URL: bvs.sld.cu/revistas/gin/vol28-2-02/gin04202.htm
- 65.- Prendes Labrada MC. Estado nutricional materno y peso al nacer. Rev Cubana Med Gen Integr 2001; 17(1):35-42.

- 66.- Bolzan A, Norry M. Perfil epidemiológico de embarazadas adolescentes en el Municipio de La Costa, Prov. de Bs. As, Argentina. Rev. Soc. Argent. Ginecol. Infanto Juvenil. 2001; 8(1):18-24.
- 67.- Mejías E. Características del embarazo, parto y recién nacido en la altura. Ginecol & Obstet 2000; 46(2): 135-42.
- 68.- Nadarajah S; Leong NK. Adolescent pregnancies managed at KK Hospital. Singapore Med J 2000; 41(1):29-31.
- 69.- Saez cantero, Viviana. Embarazo y Adolescencia. Resultados perinatales. Rev Cubana Obstet Ginecol 2005; 31(2)
- 70.- Issler JR. Embarazo en la adolescencia. Rev Posgr Vía Cátedr Med. 2001; 107:11-23.
- 71.- Díaz A, Sanhueza P, Yaksic N. Riesgos obstétricos en el embarazo adolescente: estudio comparativo de resultados obstétricos y perinatales con pacientes embarazadas adultas. Rev Chil Obstet Ginecol. 2002; 67(6):481-7.
- 72.- Vázquez Márquez A. Embarazo en la adolescencia: factores biológicos, maternos y perinatales más frecuentes. Rev Cubana Obstet Ginecol 2001; 27(2):158-64.
- 73.- Varas JC, Schmied P, Wilma. Embarazo y parto en adolescentes. Rev Chil Obstet Ginecol 2001; 66(3): 171-4.
- 74.- Yu-Tang J. Complicaciones Perinatales y Vía de Parto en Recién Nacidos de Madres Adolescentes Tempranas y Tardías, 1995 - 1997. Ann Fac Med (Perú) 2000; 61(1): 46-50.
- 81.- Hernández JC, Alonso DH, Rodríguez MP, Homma JC, Díaz IO, Suárez RO. Embarazo y adolescencia y su influencia en los indicadores perinatales en dos hospitales ginecobstétricos. Disponible en URL: bvs.sld.cu/revistas/gin/vol29-3-03/gin04303.htm. (Consulta 25 de marzo del 2009)
- 82.- Glez. H A, Alonso U R, Gutiérrez A R, Campo G A. Estudio de gestantes adolescentes y su repercusión en el recién nacido. En un área de salud. Rev Cubana Pediat 2000; 72(1): 54-9.
- 75.- Vázquez AM, Guerra CV, Herrera VV, Cruz Sch, Almiral Ach. Embarazo y adolescencia. Factores biológicos maternos y perinatales más frecuentes. Rev Cubana Obstet Ginecol 2001; 27(2): 158-164.
- 76.- Pereira LS, Plascencia JL, Ahued RA, García CB, Priego PI, Gómez CA. Morbilidad materna en la adolescente embarazada. Ginecol Obstet Mex. 2002; 70(6): 270-4.
- 77.- Dia AT, Diallo I, Guillemin F, Deschamps JP. Prognostic factors of pregnancy and delivery complications in Senegalese adolescents and their newborn. Sante 2001; 11(4):221-8.
- 78.- Villalba Gonzáles AC. Inicio sexual adolescente en Uruguay (Parte II). [Serie en Internet] [aprox. 10 pantallas]. Montevideo Uruguay. Instituto de Capacitación de Sexología. Disponible en: http://www.sexovida.com/colegas/inicio_sexual2.htm. Consultado Septiembre 12, 2008.
- 79.- Cabrera Rodríguez A, Álvarez Vázquez I. Revisión, percepción y comportamientos de riesgo en la vida sexual y reproductiva de los adolescentes. Rev Cubana Salud Pública. [Seriada en línea] 2006; 32(1): [aprox.15 pantallas]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662006000100008&lng=en&nrm=iso (Consultado Octubre 15, 2006).
- 80.- Cortes Alfaro, Alba; et al. Características sociodemográficas y del comportamiento sexual y reproductivo en adolescentes y jóvenes. Rev Cubana Med Gen Integr 2007; 23(1)
- 83.- Costa MC et al. Childbirth and live newborns of adolescent and young adult mothers in the municipality of Feira de Santana, Bahia State, Brazil, 1998. Cad Sade Pub 2002; 18(3): 715-22.
- 84.- Bukulmez O; Deren O. Perinatal outcome in adolescent pregnancies: a case-control study from a Turkish university hospital. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2000; 88(2):207-12

Gráfico 1

Incidencia de partos en adolescentes.

Policlínico Docente "José Martí" Enero 2007 a Junio 2009.



Fuente: Departamento de Estadísticas

Cuadro 1

Distribución de adolescentes según grupo de edades.

Policlínico Docente "José Martí" Enero 2007 a Junio 2009.

Grupo de edades	No.	%
Menores de 15 años	10	4.83
De 16-17 años	51	24.63
De 18-19 años	146	70.53
Total	207	100

Fuente: Encuesta

Cuadro 2

Distribución de adolescentes según su ocupación.

Policlínico Docente "José Martí" Enero 2007 a Junio 2009.

Ocupación	No.	%
Estudia	144	69.56
Trabaja	20	9.66
Ama de casa	43	20.77
Total	207	100

Fuente: Encuesta

Cuadro 3

Nivel de escolaridad de las adolescentes.

Policlínico Docente “José Martí” Enero 2007 a Junio 2009.

Escolaridad	No.	%
Primaria	3	1.44
Secundaria Básica	92	44.44
Preuniversitario	86	41.54
Técnico Medio	26	12.56
Total	207	100

Fuente: Encuesta

Cuadro 4

Estado Civil de las adolescentes.

Policlínico Docente “José Martí” Enero 2007 a Junio 2009.

Estado Civil	No.	%
Soltera	148	71.49
Casada	12	5.79
Unión estable	46	22.22
Otros	1	0.48
Total	207	100

Fuente: Encuesta

Cuadro 5

Índice de Masa corporal de las adolescentes.

Policlínico Docente "José Martí" Enero 2007 a Junio 2009.

Índice de Masa Corporal	No.	%
Bajo peso	21	10.14
Normopeso	163	78.74
Sobrepeso	17	8.21
Obeso	6	2.89
Total	207	100

Fuente: Carné de Embarazadas

Cuadro 6

Ganancia ponderal de las adolescentes.

Policlínico Docente "José Martí". Enero 2007 a Junio 2009.

Ganancia ponderal	No.	%
Menos de 8 Kg	58	28.01
De 9 a 12 Kg	137	66.18
Mas de 12 Kg	12	5.79
Total	207	100

Fuente: Carné de Embarazadas

Cuadro 7

Tiempo de gestación al parto de las adolescentes.

Policlínico Docente “José Martí” Enero 2007 a Junio 2009.

Tiempo de gestación al parto	No.	%
28 a 36 semanas	22	10.62
37 a 42 semanas	182	87.92
Mas de 42 semanas	3	1.44
Total	207	100

Fuente: Encuesta

Cuadro 8

Embarazo en la adolescencia según tipo de parto.

Policlínico Docente “José Martí” Enero 2007 a Junio 2009.

Tipo de parto	No.	%
Eutócico	144	69.56
Distócico	63	30.43
Total	207	100

Fuente: Encuesta

Cuadro 9

Complicaciones perinatales de los recién nacidos de madres adolescentes. Policlínico Docente "José Martí". Enero 2007 a Junio 2009.

Complicaciones perinatales	No.	%
Distress respiratorio	21	10.14
Sepsis connatal	1	0.48
Policitemia	1	0.48
Apgar Bajo	11	5.31
Hipoxia	15	7.24
Trauma obstétrico	1	0.48
Bajo peso	26	12.56
Conflicto Rh	1	0.48
Síndrome de BALAM	3	1.44
Enfermedad de membrana hialina	1	0.48

Fuente: Carné del Recién Nacido

Anexo 1

POLICLÍNICO DOCENTE “JOSÉ MARTÍ” GIBARA

Consentimiento informado

Hemos decidido realizar una investigación en el Policlínico docente “José Martí”, de Gibara, sobre el Embarazo en la adolescencia, con el propósito de elaborar la tesis de terminación de la Especialidad de Medicina General Integral. Para lograrlo es necesaria la aprobación de ustedes, adolescentes que se someterán a la investigación.

Se le informa lo siguiente:

1. Los datos ofrecidos no se utilizarán con otros fines.
2. El resultado del estudio no será divulgado ni informado a otras personas sin el debido consentimiento.
3. Si usted decide en un momento determinado no continuar colaborando con el estudio, puede abandonarlo cuando lo desee.
4. La participación en este estudio contribuirá al mejor conocimiento de este tema.

Para que conste, firma el presente documento

Nombres y Apellidos

Firma:

Fecha:

Dra. Yadileidis Fernández Rodríguez

Anexo 2

Encuesta

Se está realizando una investigación sobre las embarazadas adolescentes con el objetivo de conocer los factores asociados al conocimiento del comportamiento del embarazo en la adolescencia. No es necesario reflejar su identidad.

¿Está de acuerdo en colaborar? Si ___ No ___.

Señale con una x o argumente de forma confiable su respuesta.

Datos generales:

1. Edad

- Menores de 15 años ____
- 16-17 años ____
- 18-19 años ____

2. Ocupación

- Trabajadoras ____
- Amas de casa ____
- Estudiante ____
- Otros ____

3. Nivel Cultural o de escolaridad

- Primaria ____
- Secundaria ____
- Preuniversitario ____
- Técnico ____
- Otros ____

4. Tiempo de gestación al parto

- Parto pretérmino (28 – 36 semanas) ____
- Parto normal (37 – 42 semanas) ____
- Parto prolongado (42 y más semanas) ____
- Amenaza de aborto ____

5. Forma de terminación del parto

- Eutócico ____
- Distócico ____
- Instrumentado ____
- Cesárea ____

6. Estado Civil

- Soltera ____
- Casada ____
- Unión estable ____
- Otros ____

7. ¿Está usted satisfecha con su embarazo?

- Satisfechas ____
- No satisfechas ____