



UNIVERSIDAD DEL AZUAY

**DEPARTAMENTO DE POSTGRADO EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA
CLÍNICA HUMANITARIA - FUNDACIÓN PABLO JARAMILLO C.**

**PREVALENCIA DE COMPLICACIONES
PERINATOLÓGICAS EN ADOLESCENTES CON
MAS DE 30 SEMANAS DE GESTACIÓN. CLÍNICA
HUMANITARIA FUNDACIÓN PABLO JARAMILLO
2006-2007**

**TESIS PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE
ESPECIALISTA EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA.**

AUTOR

DR. MICHAEL ROJAS ORTIZ

DIRECTOR:

DR. GERMÁN MONTESDEOCA ARIAS

ASESORES:

DRA. .MARIANA GAIBOR

DR. ALBERTO QUEZADA

CUENCA-ECUADOR

2009

DEDICATORIA

A mi familia quienes con todo su amor y apoyo han sido el pilar fundamental de mi desarrollo personal y profesional, a todos ustedes les dedico mi trabajo y meta profesional.

A Verónica mi esposa y Jorge Eduardo mi hijo, quienes son siempre los mas sacrificados para que llegue a culminar mi carrera.

Además dedico este trabajo a todas las pacientes que han puesto su salud en mis manos.

Michael Rojas.

AGRADECIMIENTO

A la Fundación Pablo Jaramillo Crespo que me abrió cariñosamente las puertas desde hace tiempo y que ha sido responsable de mi formación en todos los sentidos, uno de ellos el profesional, siendo sin lugar a dudas mi segundo hogar.

Al Dr. Marcelo Aguilar, Director Médico de la Fundación Pablo Jaramillo, quien con su ejemplo y tesón impulso siempre la realización de mis objetivos.

A los Doctores y profesores: Raúl Alvarado, Norma Cordero, Germán Montesdeoca, Carlos Ortiz, y a mi maestro el Dr. Vinicio Orellana.

A los departamentos de Gineco-Obstetricia, Pediatría y Neonatología de la Fundación Pablo Jaramillo.

A todos los compañeros de trabajo: médicos, enfermeras, personal de laboratorio, rayos x, personal administrativo y de servicios de la Fundación Pablo Jaramillo.

Y de manera muy especial a la Universidad del Azuay, que hizo posible el realizar mi postgrado de especialización.

Michael Rojas.

RESPONSABILIDAD

Los criterios vertidos en este informe son de exclusiva
responsabilidad de su autor.

Dr. Michael Rojas

CI: 010201431-3

ÍNDICE DE CONTENIDOS

Contenido	Pág.
CAPÍTULO I	
1.1. Introducción	1
1.2. Objetivo general y específicos.....	4
1.3. Justificación.....	5
1.4. Sustento Teórico.....	6
CAPÍTULO II	
2.1. Materiales y métodos.....	16
2.2. Operacionalización de las variables del estudio.....	16
2.3. Técnicas y procedimientos de recopilación de información.....	17
2.4. Análisis de Información.....	18
CAPÍTULO III	
3. Resultados	19
3.1. Características de la muestra.....	20
3.2. Características de la vida sexual de la muestra.....	24
3.3. Características del Embarazo y parto.....	26
3.4. Características de los Recién nacidos.....	40
3.5. Complicaciones Perinatales.....	48
CAPÍTULO IV	
4. Discusión. Conclusiones y recomendaciones	50
Referencias Bibliográficas	60
Anexos	63

**PREVALENCIA DE COMPLICACIONES PERINATOLÓGICAS EN
ADOLESCENTES CON MAS DE 30 SEMANAS DE GESTACIÓN.
CLÍNICA HUMANITARIA FUNDACIÓN PABLO JARAMILLO C.
2006-2007**

RESUMEN:

Se realizo un estudio descriptivo durante los años 2006 y 2007, mediante el análisis de la historia clínica de ingreso para parto y/o cesárea, protocolo quirúrgico, hoja de recepción del Recién Nacido de Pediatría, historias clínicas neonatales, se seleccionaron las siguientes variables : edad, etapa de la adolescencia, nivel de instrucción, residencia, estado civil, edad de inicio de las relaciones sexuales, numero de compañeros, uso de anticonceptivos, embarazos sucesivos durante la adolescencia, las características del embarazo: controles prenatales y ecográficos, complicaciones después de las 30 semanas, incidencia de partos y cesáreas en las adolescentes, las causas más frecuentes de cesáreas en las adolescentes ,complicaciones más frecuentes de cesáreas y partos, caracterización a los recién nacidos mediante: sexo, edad gestacional mediante el test de Capurro, Apgar, medidas antropométricas, Con los datos obtenidos se elaboró una base de datos en el sistema SPSS 15 y el análisis se realizó mediante el programa Excel versión 2007.

Palabras claves.

Adolescencia, embarazo en la adolescencia, complicaciones perinatológicas

**PREVALENCIA OF COMPLICATIONS PERINATOLOGICS IN TEENAGERS
WITH MORE OF 30 WEEKS OF PREGNANCY. CLINICA HUMANITARIA
FUNDACIÓN PABLO JARAMILLO C. 2006-2007**

SUMMARY:

I realize a study descriptive during the years 2006 and 2007, by means of the analysis of the clinical history of entry for childbirth and /or Caesarea, surgical protocol, leaf of reception of the Recently Be born of Paediatrics, clinical histories neonatal, selected the following variable: age, stage of the adolescence, level of instruction, residence, civil state, age of start of the sexual relations, number of mates, use of anticonceptivos, successive pregnancies during the adolescence, the characteristics of the pregnancy: controls prenatal and ecografics, complications after the 30 weeks, incidence of childbirths and caesareans in the teenagers, the most frequent causes of caesareans in the teenagers, complications more frequent of caesareans and childbirths, characterization to the recently be born by means of: sex, age gestacional by means of the test of Capurro, Apgar, measures anthropometrical, with the data obtained elaborated a base of de data in the system SPSS 15 and the analysis realized by means of the program Excel 2007.

Key words.

Adolescence, pregnancy in the adolescence, complications perinatologics

CAPITULO I

1.1- INTRODUCCIÓN.

La adolescencia es el período de cambios bio-psico sociales, culturales y espirituales en los cuales se produce una transición desde la infancia dependiente hacia la vida

En 1985 las Naciones Unidas revelaron que había más de 1000 millones de adolescentes en el mundo, de estos el 86% se ubican en los países en vías de desarrollo, en donde constituían el 23% de la población total. Para el año 2020 las proyecciones indican que el número total de adolescentes estará por encima de los 1300 millones, especialmente ubicados en los países de África, Asia y América Latina.

Como se puede apreciar este grupo etéreo va en aumento, es un grupo vulnerable en el cual se presentan cambios a nivel biológico, psicológico, social, cultural y espiritual. Se caracteriza por una morbilidad general baja, pero al mismo tiempo se encuentran bajo factores de riesgo importantes a nivel personal, familiar y social.

Existen problemáticas frecuentes como el embarazo en la adolescencia. Cada año 14 millones de 140 millones de mujeres entre los 15 y 19 años son madres.

(1)

En África y América Latina un número creciente de adolescentes abandona los estudios a causa del embarazo precoz, en otros casos deben integrarse tempranamente al trabajo (2)

En Chile y Argentina, más de un tercio de muertes maternas en adolescentes es el resultado de abortos inseguros.

De acuerdo a cifras de UNICEF en América Latina se denuncian uno de cada tres casos de abuso sexual y un 80% de ellos corresponde a adolescentes mujeres.

De acuerdo con el último Censo de Población y Vivienda del Ecuador del año 2001 la población es de 13'215.089 de habitantes. Se encuentran en la etapa de adolescencia inicial (10 a 14 años) 1'393.402 individuos y en la etapa de adolescencia tardía (15 a 19 años) 1'348.125 individuos, constituyendo en total el 21% de la población nacional. (3)

De acuerdo a la encuesta ENDEMAIN 2004 cerca de la mitad de mujeres entre 14 a 15 años ha mantenido una relación sexual. De las mujeres de 15 a 24 años con experiencia sexual, solo el 14% reporto el uso de anticonceptivos en la primera relación sexual.

Los índices de nacimientos entre madres adolescentes en EE.UU. aumentaron por primera vez en 15 años después de la baja continua registrada entre 1991 y 2005. Los índices siguen siendo altos en este país y superan a los de la mayoría de los países desarrollados. (4) Los altos índices de nacimientos entre las madres adolescentes son motivo de gran preocupación dado que la salud de éstas y la de sus bebés corren serios riesgos y las oportunidades de construir un futuro disminuyen.

He aquí algunos datos importantes sobre el embarazo en las adolescentes:

- En el año 2006, más del 10 por ciento de todos los nacimientos en EE.UU. correspondió a madres de menos de 20 años de edad. La mayoría de los nacimientos entre madres adolescentes (alrededor del 67 por ciento) corresponde a niñas de entre 18 y 19 años de edad. (5)
- Alrededor de 750,000 adolescentes quedan embarazadas cada año y aproximadamente 442,000 dan a luz. (5)
- Alrededor de tres de cada 10 adolescentes quedan embarazadas al menos una vez antes de los 20 años de edad.
- El índice de nacimientos entre madres adolescentes aumentó en 2006. Entre 2005 y 2006, el índice subió un 3 por ciento (de 41 a 42 de cada 1,000 mujeres). Este aumento se produjo después de una baja de 14 años seguidos entre 1991 y 2005, cuando el índice cayó en un tercio (de 62 a 41 de cada 1,000 mujeres). En 2006 (el último año del que se dispone de datos), alrededor de cuatro adolescentes de cada 100 tuvieron un bebé. (5)
- Aproximadamente una de cada cuatro madres adolescentes menores de 18 años tiene un segundo bebé dentro de los dos años del nacimiento del primero. (6)
- Las madres adolescentes tienen más probabilidades que las madres mayores de 20 años de tener un bebé prematuro (antes de las 37 semanas de embarazo). Entre 2003 y 2005, los índices de nacimientos

prematuros promediaron un 14.5 por ciento entre las mujeres de menos de 20 años de edad en comparación con un 11.9 por ciento entre las mujeres de entre 20 y 29 años. (7) Los bebés prematuros corren un mayor riesgo de sufrir problemas de salud, incapacidades permanentes e incluso la muerte.

Entre las madres de todas las edades, las adolescentes componen el grupo en el que hay menos probabilidades de que reciban atención médica prenatal a comienzos de la gestación y de manera regular. De 2000 a 2002, el 7.1 por ciento de las madres de menos de 20 años en promedio comenzó a recibir atención prenatal en una etapa avanzada o no tuvo supervisión médica alguna, en comparación con el 3.7 por ciento correspondiente a los grupos de todas las edades. (7)

Las madres adolescentes corren mayor riesgo que las mujeres de más de 20 años de tener complicaciones durante el embarazo, como parto prematuro, anemia y presión arterial alta. Estos riesgos son incluso mayores cuando tienen menos de 15 años. (7)

Los bebés de madres adolescentes tienen más probabilidades de morir durante su primer año de vida que los bebés de madres de entre 20 y 40 años de edad. El riesgo es mayor para los bebés de madres de menos de 15 años de edad. En 2005, 16.4 de cada 1,000 bebés de mujeres menores de 15 años murieron, en comparación con 6.8 de cada 1,000 bebés de mujeres de todas las edades. (8)

Las madres adolescentes tienen más probabilidades de tener un bebé de bajo peso al nacer. La mayoría de los bebés de bajo peso nace antes de término. Cuanto más prematuro sea, menor suele ser su peso. En el año 2006, el 10 por ciento de las madres de entre 15 y 19 años dio a luz bebés de bajo peso, en comparación con el 8.3 por ciento correspondiente a madres de todas las edades (4)

Los bebés prematuros y de bajo peso al nacer pueden tener órganos que no están totalmente desarrollados. Esto puede derivar en problemas respiratorios,

como el síndrome de dificultad respiratoria, hemorragias cerebrales, pérdida de la vista y problemas intestinales graves. Los bebés de muy bajo peso al nacer (menos de 3 1/2 libras) tienen casi 100 veces más probabilidades de morir durante su primer año de vida que los bebés nacidos con peso normal; en los bebés de peso moderadamente bajo al nacer (entre 3 1/2 y 5 1/2 libras) las probabilidades son de más de cinco veces. (4)

En este contexto me propuse estudiar la prevalencia de de las complicaciones perinatológicas en adolescentes de más de 30 semanas de gestación , quienes acudieron a la Clínica Humanitaria Materno-Infantil de la Fundación Pablo Jaramillo, durante los meses de enero del año 2006 a diciembre del año 2007, a través de los siguientes parámetros: etapa de la adolescencia, nivel de instrucción, residencia, estado civil, edad de inicio de las relaciones sexuales, número de compañeros, uso de anticonceptivos, embarazos sucesivos durante la adolescencia, las características del embarazo: controles prenatales y ecográficos, complicaciones después de las 30 semanas, incidencia de partos y cesáreas en las adolescentes, las causas más frecuentes de cesáreas en las adolescentes ,complicaciones más frecuentes de cesáreas y partos, caracterizar a los recién nacidos mediante: sexo, edad gestacional mediante el test de Capurro, Apgar, medidas antropométricas. Correlacionar los datos de las adolescentes con los datos de las mujeres embarazadas adultas.

Para lo cual me planteo los siguientes objetivos:

1.2.-OBJETIVO GENERAL

Conocer la prevalencia de complicaciones perinatológicas en adolescentes con más de 30 semanas de gestación atendidas en la Clínica Humanitaria Fundación Pablo Jaramillo durante los años 2006 - 2007.

1.2.1.-OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Caracterizar al grupo de adolescentes por : etapa de la adolescencia, nivel de instrucción, residencia, estado civil
- b) Identificar edad de inicio de las relaciones sexuales, número de compañeros, uso de anticonceptivos

- c) Determinar embarazos sucesivos durante la adolescencia.
- d) Conocer las características del embarazo: controles prenatales y ecográficos, complicaciones después de las 30 semanas.
- e) Incidencia de partos y cesáreas en las adolescentes
- f) Conocer las causas más frecuentes de cesáreas en las adolescentes
- g) Conocer las complicaciones más frecuentes de cesáreas y partos.
- h) Caracterizar a los recién nacidos mediante: sexo, edad gestacional mediante el test de Capurro, Apgar, medidas antropométricas.

1.3 - JUSTIFICACIÓN

La etapa de la adolescencia en la vida de los seres humanos es un tiempo de conflicto y que se agrava con la responsabilidad de un embarazo, las repercusiones médicas. Hicieron que me preocupara e investigara para desarrollar medidas de prevención para las adolescentes que acuden a la Clínica Humanitaria Fundación Pablo Jaramillo (FPJ). La investigación se basó en conocer la Prevalencia de Complicaciones Perinatológicas en adolescentes de más de treinta semanas de gestación en la Fundación Pablo Jaramillo, durante los años 2006-2007.

1.4 - SUSTENTO TEÓRICO

ADOLESCENCIA: DEFINICIÓN Y CARACTERÍSTICAS.

Según la OMS es el periodo de vida en el cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, transitan los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida la independencia socioeconómica, sus límites se establecen entre los 10 y 19 años (4)

La adolescencia es la: etapa que transcurre durante el segundo decenio de la vida de los seres humanos, es decir, entre los 10 y 19 años, existiendo una diferencia entre su etapa temprana (10-14 años) y la tardía (15 y 19 años) ,de

acuerdos a los cambios biológicos, psicológicos, sociales y culturales propios de cada periodo.

Es la etapa en la cual se operan una serie de cambios anatomofisiológicos y psicosociales. En la adolescencia se producen definiciones de conducta que regirán la vida adulta. (O` Mally 2001)

Durante este periodo se producen una serie de cambios en el eje hipofisario-talámico que determina la aparición de los caracteres sexuales secundarios y la activación de la producción hormonal, cuya finalidad es la aparición de la menarca, hecho biológico que indica que la mujer es fértil. Debemos aclarar que desde la fecha de la aparición de la primera menstruación, deberán transcurrir tres años para la maduración completa del eje, periodo al cual se le conoce como EDAD GINECOLÓGICA,

La madurez psicosocial se completan en las etapas de la adolescencia tardía, en contraste con la madurez biológica presente ya en la etapa de adolescencia inicial, unida a desinformación y falta de educación en el orden sexual, posibilita que este periodo sea considerado como un importante grupo de riesgo en la salud reproductiva, que pudieran dar lugar a una maternidad y paternidad precoz. (Yumar 2007)

ADOLESCENCIA TEMPRANA (10 – 14 AÑOS)

El hecho más destacado durante este periodo son los cambios físicos y fisiológicos. Lo más importante es el incremento en la síntesis y secreción de los esteroides sexuales, bajo la influencia de las hormonas FSH y LH, se produce la aparición de los caracteres sexuales secundarios, cambios morfológicos y fisiológicos que dan el inicio a las funciones sexuales y reproductivas.

Los cambios físicos son rápidos, sin armonía corporal y se caracteriza por:

- Mayor interés en su anatomía y fisiología sexual.
- El cuerpo pasa a ser un punto importante de referencia para sí mismo y los demás, es el soporte de la autoestima.
- Las sensaciones eróticas comienzan a despertar, lo cual hace más prohibitivo los contactos con sus padres y adultos.

- Necesidad de intimidad, manifestaciones de pudor, soledad y timidez.

Durante esta etapa se presenta una separación de los padres y cobra vital importancia el grupo de pares (personas de la misma edad), existe aceptación de las reglas del grupo, la necesidad de aceptación y reafirmación. Esta etapa se caracteriza por la importancia marcada a los valores del grupo de amigos.

Destacan la profundización de las relaciones sentimentales y el inicio de las relaciones sexuales.

Se incrementa la capacidad cognoscitiva, el razonamiento y la abstracción, que da como resultado un nuevo sentido a la individualidad, el sentimiento de invulnerabilidad que es el pensamiento de que están siendo inmunes a riesgos y peligros lo cual puede desencadenar mayores conductas de riesgo.

ADOLESCENCIA TARDÍA (15 a 19 AÑOS)

Durante esta etapa se manifiesta una lucha por la identidad y la independencia. Se completan la maduración del eje hipofisario-talámico y se completan las tareas de la adolescencia: autonomía, independencia, elección vocacional y de pareja, aceptación de la imagen corporal, identidad y la aceptación de la escala de valores. Es el momento de la evolución del propio Yo, que en esta etapa se encuentra casi conformado.

Para esta etapa existe aceptación e identificación con la imagen corporal, dificultades en las etapas anteriores pueden distorsionar esta imagen provocando trastornos afectivos y psicológicos.

Esta etapa se caracteriza por ser considerada de alta vulnerabilidad en la cual se pueden presentar factores de riesgo: “son aquellos elementos que tienen una gran posibilidad de desencadenar o asociarse al desencadenamiento de algún hecho indeseable, o una mayor posibilidad de enfermar o morir” (9).

En lo referente a la salud sexual y reproductiva, se presenta el riesgo sexual, que pudiera desencadenar embarazos no deseado e infertilidad.

LA ADOLESCENCIA EN ECUADOR

Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS) la adolescencia es el período comprendido entre los 10 y 19 años, que incluye cambios biológicos, psicológicos y sociales. El Código de la Niñez y Adolescencia del Ecuador considera que adolescente es la persona de ambos sexos entre 12 y 18 años.

La información nacional sobre adolescentes de 10-19 años es escasa, y la mayoría de estadísticas oficiales toma como referencia más bien a la juventud. El SIISE (www.siise.gov.ec) en base al Censo INEC (www.inec.gov.ec) presenta el siguiente análisis estadístico para jóvenes de 15 a 29 años de edad, y destaca que:

- 16% de la población joven no ha terminado la educación primaria, 69% la educación secundaria y apenas 8 de cada cien jóvenes que ingresan a la universidad obtienen un título universitario.
- El 40.1% de jóvenes urbanos ha terminado la secundaria, mientras que en el campo lo hizo apenas el 14.6%. En la zona rural sólo el 2.9% del total de jóvenes ha culminado su carrera universitaria, cifra que en la urbana asciende al 11.2%.
- Las mujeres indígenas y afro ecuatorianas tienen las mayores brechas educativas en la terminación de primaria, secundaria, universitaria y titulación.
- El mayor porcentaje de extrema pobreza entre los y las jóvenes (31.2%) se ubica en los adolescentes entre 15 y 18 años.
- 6 de cada 10 jóvenes son pobres en el Ecuador y 3 de ellos viven en condiciones de extrema pobreza. La pobreza se concentra más en afro ecuatorianos (7 de cada 10) e indígenas (9 de cada 10).
- 54% de los adolescentes comenzó a trabajar entre los 10 y 14 años de edad, y el 18 % lo hace en la calle o en la construcción, sin protección alguna.

La información disponible sobre los y las adolescentes muestra una falta de datos epidemiológicos de este grupo etáreo, lo que dificulta una contextualización global.

El 13,34% del total de egresos hospitalarios en el año 2006 se debe a morbilidad adolescente (115.149/863.037). De este total, el mayor porcentaje (77.6%) le corresponde al grupo de adolescentes tardíos (89.350/115.149). El 3,29% de la mortalidad sucede en adolescentes (1.909/57.940) y de este total el 64.58% corresponde al grupo de 15-19 años.

Las principales causas de **morbilidad en adolescentes tempranos de 10-14 años** corresponden a infecciones de diversos tipos, accidentes y violencia, enfermedades quirúrgicas y síndromes ligados a la salud sexual y reproductiva.

La **mortalidad** en este mismo grupo fue causada por accidentes de tránsito, lesiones autos infligidos y neumonía por organismo no especificado.

En el grupo de **adolescentes tardíos de 15-19 años** la carga de **morbilidad** está ligada a síndromes y patologías que afectan la salud sexual y reproductiva, otras que demandan resolución quirúrgica y enfermedades ligadas a la violencia. La **mortalidad** se explica en cerca de la mitad de casos por causas asociadas a la violencia, accidentes de tránsito y lesiones autos infligidos

En relación al tema de **anticoncepción** (ENDEMAIN 2004), en adolescentes de 15-19 años hay una importante brecha entre el conocimiento y el uso de métodos (91 vs. 47%). El 90% conoce algún método moderno, exceptuando los de emergencia, que no son conocidos ni por la mitad de este grupo de edad; la vasectomía, el condón femenino y los implantes también son poco conocidos. El uso de anticonceptivos en la primera relación sexual es muy bajo: sólo 13.5% de las adolescentes usaron algún método, debido a que muchas de ellas no esperaban tener relaciones sexuales; mientras que las que tuvieron relaciones maritales no usaron anticonceptivos por el desconocimiento de métodos.

En América Latina se calcula que existen alrededor de 80 nacimientos por cada 1.000 mujeres de entre 15-19 años, tasa que únicamente es inferior a la que se encuentra en el África Sub-Sahariana. En Ecuador la tasa es mayor al promedio regional, con 100 nacimientos por cada 1.000 mujeres de entre 15-19 años, con las siguientes características:

- 43% de adolescentes sin educación versus 11% con secundaria completa es madre o está embarazada por primera vez.
- una de cada tres adolescentes del quintil más pobre es madre, en contraste con sólo una de cada diez de las del mayor nivel de ingresos.
- El total de partos institucionales en adolescentes de 10-19 años fue de 50.350, que representan el 15% del total de partos del país.
- Del total de niños inscritos, el 12% de recién nacidos fue hijo de adolescentes de 10-19 años.
- El embarazo causa 1.15 años de adolescencia perdida en cada mujer

En el año 2007, el MSP reportó, a través del Sistema de Información y Vigilancia Epidemiológica de la Muerte Materna SIVEMM-MSP, 168 casos de **muertes maternas**; 35 de ellas ocurrieron en mujeres de 10-19 años (20.8%) y la mayoría se debieron a causas evitables

EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA

Se define como embarazo en la adolescencia, aquella gestación que tiene lugar durante la etapa de la adolescencia, o lo que es igual, en mujeres menores de 19 años con independencia de la edad ginecológica. La edad ginecológica de la mujer es cero o edad de la menarquía. , y/o cuando la adolescente es aún dependiente de su núcleo familiar de origen. . (Issler 2001)

Se considera que el embarazo en edades tempranas e incluso aquel que es deseado lleva implícito un incremento en los riesgos tanto para la madre, para el feto y el futuro recién nacido, aceptándose que la mortalidad infantil en hijos de madres adolescentes puede llegar a resultar hasta 30 veces más elevado que en hijos de madres adultas. (OMS 1996)

Algunos autores plantean que hay un incremento del 10% anual de mujeres con relaciones sexuales a partir de los 12 años hasta los 19 años, el 25% de los adolescentes se embarazan, y el 60% de estos ocurren dentro de los 6 meses iniciales de las primeras relaciones sexuales (Dulanto 2000)

Más del 10% de los nacimientos que se registran anualmente en el mundo se producen en madres adolescentes. Cada año nacen 15 millones de niños de madres adolescentes. En América Latina los países con mayor tasa de maternidad en adolescentes se encuentran en las regiones de: Nicaragua, Guatemala, Honduras, El Salvador, Venezuela, representado entre un 15 a 25% de las adolescentes. (O` Mally, J 2001).

En Cuba se encuentra entre las naciones con índice elevado (17%) de embarazos en adolescentes, se registra que en el año 2000 hubo un total de nacimientos de 143 528 y de estos 18 325 en las edades comprendidas entre 15 y 19 años; y 510 nacimientos en menores de 15 años. (Yumar 2007)

En publicaciones recientes reciente se señala que entre el 20% y el 46% de las mujeres, en la mayoría de un grupo seleccionado de países en vías de desarrollo, tienen su primer hijo antes de los 18 años de edad y al llegar a los

20 años ya del 30 al 67% a tenido su primer parto. En Estados Unidos de Norteamérica esto solo ocurre en el 8% de la población adolescente. (15)

Muchos autores aseguran que ello ocurre debido a: reducción de la edad de pubertad, inicio precoz de las relaciones sexuales, falta de instrucción académica, desconocimiento de la sexualidad, por no uso de protección anticonceptiva búsqueda de afecto, por problemas domésticos, por escasa percepción del riesgo, por la educación sexual que “no llega”. (Yumar 2007)

Hoy se habla de factores determinantes y predisponentes que concurren en el adolescente para que inicie vida sexual y como consecuencia embarazos;

Factores determinantes:

- a) tener relaciones sexuales sin las medidas adecuadas (por desconocimiento, temor a su uso, dificultad a acceder)
- b) violación

Factores predisponentes:

Estos factores rara vez actúan solos y más bien lo hacen en conjunto, son de carácter personal, familiar y social.

Los factores personales: van desde el abandono escolar, autoestima baja, carencia de afecto, inicio temprano de vida sexual, consumo de drogas.

Los factores familiares: son familias disfuncionales, hacinamiento, promiscuidad, antecedentes familiares de embarazos en adolescentes.

Los factores sociales como: el estatus de la mujer, estado socioeconómico desfavorable, marginación social la erotización del medio, el papel de los medios de comunicación, la presión del grupo de pares, la permisividad social.

Desde el punto de vista medico los factores de riesgo para el embarazo en la adolescente son: aumento de la morbimortalidad materno-perinatal, anemia, infecciones urinarias, amenaza de parto pre término, hipertensión arterial gravídica, parto pre término y bajo peso al nacer, presentaciones fetales distócicas, desproporciones céfalo pélvico, trabajo de parto prolongado. (Dulanto 2000).

Complicaciones Prenatales:

Anemia

Hipertensión inducida por el embarazo (Preeclampsia)

Enfermedades de transmisión sexual

Complicaciones Perinatales:

Embarazo pre término

1. Parto prolongado.
2. Complicaciones intraparto (Sufrimiento fetal, atonía uterina).
3. Desproporción feto-pélvica.
4. Mayor proporción de cesáreas (siendo inversamente proporcional a la edad materna).
5. Recién nacido de bajo peso al nacer.
6. Complicaciones Neonatales.
7. Ictericia neonatal.
8. Sepsis.
9. Malformaciones congénitas (polidactilia, paladar hendido).
10. Síndrome de dificultad respiratoria.
11. Prematuridad

La embarazada menor de 15 años tiene una alta frecuencia de nacimientos pre término (15,8%), esta frecuencia disminuye conforme avanza la edad y entre los 20 a 29 años es de 6,1%, la mujer embarazada de 15 años tiene un riesgo relativo de 4,9 veces mayor de tener un recién nacido de bajo peso que el resto de la población. (12)

El consenso sobre las dificultades del parto se refiere a lo siguiente

1. Mayor incidencia de estrechez pélvica por inmadurez o desarrollo osteomuscular incompleto y en consecuencia mayor número de cesáreas
2. Inmadurez de la fibra uterina lo que causa distocias dinámicas
3. Rigidez de las partes blandas con mayor peligro de desgarre en el expulsivo

4. Factores psicológicos y sumados a los anteriores factores se producen partos prolongados
(Dulanto 2000)

Las afecciones maternas perinatales y del recién nacido, son más frecuentes en las mujeres menores de 20 años y, sobre todo, en los grupos de edades más cercanos a la menarquía (menor de 15 años). Se ha descrito un mecanismo común que podría explicar diversas afecciones propias del embarazo que muestran mayor frecuencia en adolescentes, se trata de una falla en los mecanismos fisiológicos de adaptación circulatoria del embarazo, síndrome de mala adaptación circulatoria, cuyas diversas manifestaciones clínicas pueden presentarse por separado o asociadas entre sí al nivel materno y/o fetal. (Issler 2001)

Los efectos psicológicos y sociales del embarazo temprano son de larga duración, tanto para la mujer como para sus hijos. Especialmente en los países en vías de desarrollo, las adolescentes embarazadas, casadas o no, tienden a abandonar la escuela. Para las casadas, esto suele ser el comienzo de un patrón de embarazos muy seguidos. Para las que no están casadas, la vuelta a la escuela en muchos casos será imposible porque se considera que han dado un mal ejemplo a los demás alumnos. (O` Mally 2001)

Por estas razones se considera que el embarazo en la mujer adolescente se comporta como de riesgo elevado, haciéndose necesario el desarrollo de una política de salud y sobre todo de educación sexual y sanitaria, que encaminen a la reducción de las tasas de embarazo en este grupo etario garantizando un mejor pronóstico de vida, tanto para la madre como para su descendencia y una recuperación positiva en el desarrollo futuro de la sociedad. (17).

La prevención del embarazo no deseado se logra por la información de sexualidad asegurando que los métodos reproductivos sean de confianza para los adolescentes creando así un ambiente de apoyo en ellos. (18).

La hipertensión gestacional ocurre aproximadamente del 12 a 21% de todos los embarazos e incrementa la mortalidad perinatal cinco veces y se asocia a un 33% al nacimiento de niños con bajo peso, la Preeclampsia es más

frecuente en mujeres menores de 21 años y mayores de 35 años (Cifuentes 2007).

Los productos con bajo peso al nacer y con RCIU tienen mayor incidencia de sufrimiento fetal intraparto (23,8%), Cesáreas (33,3%), Apgar menor a 7 a los 5 minutos (26,3%) (Cifuentes 2006).

Los niños nacidos de mujeres menores de 20 años tienen 1,5 más riesgo de morir antes de su primer año de vida que los niños nacidos de madres con edades entre 20 y 29 años. La inmadurez física coloca a la madre adolescente en mayor riesgo para la morbilidad y mortalidad. (O` Mally 2001)

La terminación del embarazo por cesáreas en la actualidad tiene una tasa de 35 a 40% y en ascenso a nivel mundial con mayor frecuencia en la adolescencia (Usandizaga, de la Fuente 2004)

Durante la adolescencia se mencionan los siguientes riesgos para el hijo de la madre adolescente: inadecuado desarrollo psicosocial, insuficiente aprovechamiento escolar, mayor número de accidentes en el hogar, malnutrición, maltrato, paternidad inadecuada, mortalidad incrementada para el recién nacido, alto índice de bajo peso al nacer. (Dulanto 2000)

En estudios realizados en Guatemala en 685 gestantes: 305 adultas y 380 adolescentes durante el año 2005, se observaron las siguientes complicaciones en el grupo de 10 a 19 años: Anemia, Ruptura prematura de membranas, Distocia, Desproporción Céfalo pélvica, Desgarro del canal blando. Las complicaciones fetales fueron: bajo peso al nacer, crecimiento intrauterino retardado

Se calcula que en 1995 en los países en desarrollo nacieron alrededor de 11 millones de niños a término con peso menor a 2500 gr.(11% de los nacidos vivos) y los nacidos con peso debajo del percentil 10 es decir con Retardo de crecimiento intrauterino RCIU es alrededor de 30 millones (23,8%) . (Cifuentes 2006).

Estudios realizados en adolescentes del Hospital del Apoyo III en Sulaya durante los años 1992-1993, indica que la incidencia del embarazo en adolescentes fue de 12.5%, el promedio de edad 17.7 años que corresponde a la Adolescencia Tardía. Con respecto al estado civil se encontró que el 54% de gestantes adolescentes era conviviente y 7,2% soltera. En relación a la vía de parto, la más frecuente fue la vía vaginal, tanto

en adolescentes (77,5%) como en el grupo control (90%). La vía abdominal fue más frecuente en gestantes adolescentes (14,9%).

En cuanto a la gravidez se encontró que el 75,4% de gestantes adolescentes eran primigestas. Las complicaciones obstétricas en ambos grupos de estudio y la edad materna como factor asociado a complicación obstétrica. El desgarro perineal, desproporción cefalopélvica, presentación podálica, ruptura prematura de membranas, Preeclampsia, sufrimiento fetal agudo, aborto, infección urinaria y anemia, fueron las complicaciones asociadas con gestación en adolescentes. (O` Mally 2001)

En general, los resultados muestran que el embarazo en adolescentes constituye un riesgo para la madre, siendo por ello conveniente evaluar este problema adecuadamente. Se requiere un proyecto de atención integral del adolescente, destinado a brindar atención asistencial, educativa, de participación comunitaria y de investigación, para contribuir a la disminución de la morbilidad materno perinatal de esta población. (O` Mally 2001)

CAPÍTULO II

2.1 MATERIALES Y METODOS

El estudio realizado fue del tipo descriptivo en una población de adolescentes atendidas en la Fundación Pablo Jaramillo durante los años 2006-2007.

El universo estuvo conformado por todas las pacientes adolescentes embarazadas que acudieron al servicio de Gineco – Obstetricia de la Clínica Humanitaria Fundación Pablo Jaramillo, en el periodo de estudio (años 2006 2007), que fueron 855 pacientes.

Se planteo como criterios de inclusión los siguientes: Mujeres adolescentes con una edad comprendida entre los 10 a 19 años, embarazadas con o más de 30 semanas de gestación, que se realizaron por lo menos cinco controles prenatales y dos ecografías como mínimo en su embarazo, y por su puesto su parto o cesárea fue en la Clínica Humanitaria en el periodo de estudio; y los criterios de exclusión: a) Padecer patologías previas al embarazo. b) Desarrollar patologías graves no propias de la gestación. c) El uso de drogas o medicamentos teratogénicos durante el embarazo.

Las adolescentes embarazadas que cumplieron los criterios de inclusión fueron 703, de las que se tuvo que excluir 5 casos por presentar dos de ellas retraso mental, dos con Cardiopatías congénitas y una por consumo de alcohol, siendo la muestra definida la muestra del estudio en 608 adolescentes embarazadas, de las cuales 281 correspondieron al año 2006 y 327 al año 2007.

2.2 OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES DEL ESTUDIO

1. Edad en la que se produjo el embarazo de la adolescente: 13, 14, 15, 16, 17, 18,19 años.
2. Etapa de la adolescencia: temprana (10 a 14 años) , tardía (15 a 19 años)
3. Nivel de instrucción: analfabeta, primaria, secundaria, superior.
4. Residencia: urbana rural.

5. Edad de inicio de la vida sexual activa: 13,14,15,16,17,18,19 años
6. Número de compañeros sexuales: 1, 2, 3, 4,5.
7. Estado civil : Soltera, casada, divorciada, viuda, unión libre
8. Número de embarazos en la adolescencia : 1,2,3,4
9. Uso de anticonceptivos : si, no
10. Número de controles pre natales: 5, 6, 7, 8, 9, 10, más.
11. Número de ecografías realizadas: 2, 3, 4, 5, 6, más.
12. Patologías gestacionales diagnosticadas: Tipo de patología.
13. Semanas de embarazo de diagnóstico de patología: a partir de las 30 semanas.
14. Edad gestacional al momento del parto: a partir de las 30 semanas.
15. Tipo de parto: vaginal, cesárea.
16. Total de partos según tipo y número: Total de partos atendidos y tipo de parto en adultas y adolescentes.
17. Complicaciones de partos en adolescentes: tipo de complicación.
18. Causas de cesáreas en adolescentes: tipo de complicación.
19. Sexo del recién nacido: masculino, femenino.
20. Edad gestacional del recién nacido según el test de Capurro: Semanas de gestación según el test de Capurro.
21. Apgar del recién nacido al minuto: Puntuación del test de Apgar al minuto.
22. Apgar del recién nacido a los cinco minutos: Puntuación del test de Apgar a los cinco minutos.
23. Talla del recién nacido: talla en centímetros.
24. Peso del recién nacido: peso en gramos.
25. Patologías del recién nacido: tipo de patología.

2.3 TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTOS PARA RECOPIACIÓN DE LA INFORMACIÓN

- La Universidad del Azuay a través del departamento del Postgrado conforme el tribunal para aprobar el protocolo y desarrollo de la investigación.

- Aprobación por parte de los Directivos de la Clínica Humanitaria Fundación Pablo Jaramillo la solicitud para la realización de la investigación.
- Revisión del cuestionario de recopilación de la información. (Anexo 1)
- Selección de los individuos de la muestra de acuerdo a los criterios establecidos
- Recolección de datos de las historias clínicas de ingreso para parto y/o cesárea, protocolo quirúrgico, hoja de recepción del Recién Nacido de Pediatría, historias clínicas neonatales en casos necesarios.
- Se realizó el llenado del formulario de recolección de datos donde constaban:

Edad, nivel de instrucción, residencia, estado civil, edad de inicio de las relaciones sexuales, número de compañeros, uso de anticonceptivos, embarazos sucesivos durante la adolescencia, controles prenatales y ecográficos, complicaciones después de las 30 semanas, tipo de parto, causas más frecuentes de cesáreas en las adolescentes, complicaciones más frecuentes de cesáreas y partos, características de los recién nacidos mediante: sexo, edad gestacional mediante test de Capurro, Apgar, medidas antropométricas.

2.4. ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

Una vez recopilada la información se ingresó y luego se generó una base de datos en el programa Excel y otra en el programa SPSS versión 15.0 en español para Windows donde se tabularon los datos. Se analizó la información y se procedió a elaborar el informe.

2.5. IMPLICACIONES ÉTICAS

La presente investigación no representó ninguna implicación ética para el grupo de estudio.

CAPÍTULO III

RESULTADOS

3.1 - CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA DE ESTUDIO

En el periodo de estudio (años 2006-2007) se conformo bajo los criterios establecidos la muestra de 608 adolescentes embarazadas con o más de 30 semanas, clasificando estos embarazos como de alto riesgo y con la premisa de que mientras más cerca este la fecha de parto de la fecha de la menarquía hay mayor riesgo, la investigación se enfoco en ver que edades tenían mayor prevalencia de embarazos. Encontrando que la mayoría de las adolescentes embarazadas correspondió a la edad de 18 años (32.89%) ,17 años (20.06%%) y 19 años (18.25%). Y los menores porcentajes fue para las edades de los 13 y 14 años con el 1.31%. Como se puede observar en el cuadro n-1

CUADRO N.- 1

DISTRIBUCIÓN DE 608 ADOLESCENTES EMBARAZADAS DE LA FUNDACIÓN PABLO JARAMILLO SEGÚN LA EDAD. AÑOS 2006- 2007

EDAD (AÑOS)	N.- DE ADOLESCENTES	PORCENTAJE
13	8	1.31%
14	8	1.31%
15	44	7.23%
16	106	17.43%
17	127	20.88%
18	200	32.89%
19	111	18.25%
TOTAL	608	100%

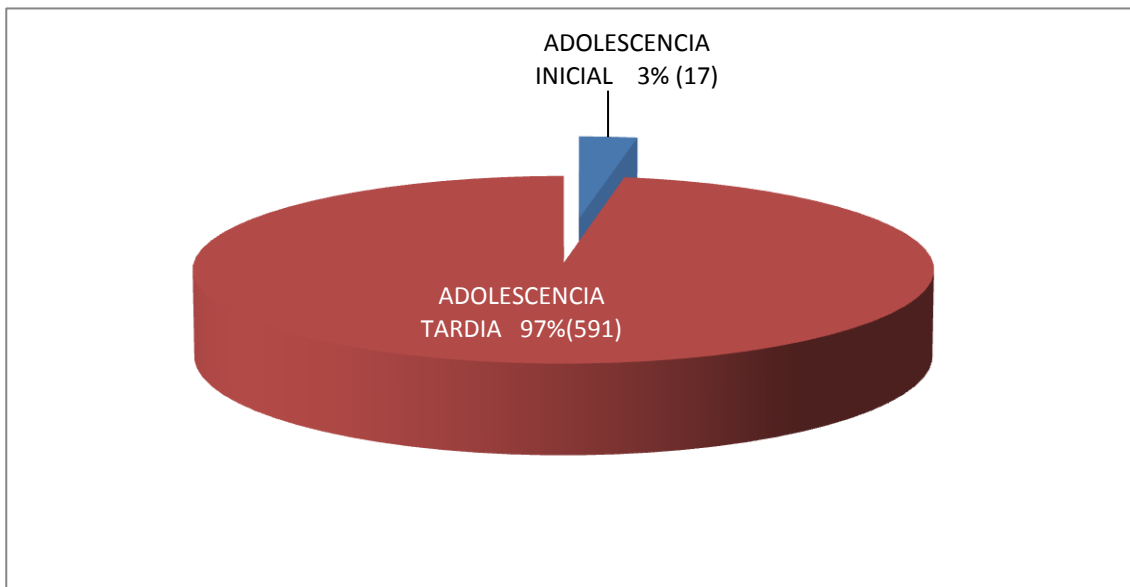
Fuente: Formulario de datos .Clínica Humanitaria

Elaborado por: M. Rojas

De acuerdo a los datos estadísticos la adolescencia tardía es la etapa en la cual se presentó el mayor porcentaje de embarazos en la adolescencia en el periodo de estudio siendo 591 pacientes que corresponde al 97%, los casos de adolescencia temprana fueron 17 que representa el 3% como se ve en el gráfico n.-1.

GRAFICO N.- 1

DISTRIBUCIÓN DE 608 ADOLESCENTES EMBARAZADAS DE LA FUNDACIÓN PABLO JARAMILLO, SEGÚN ETAPA DE LA ADOLESCENCIA AÑOS 2006-2007



Fuente: Formulario de datos .Clínica Humanitaria

Elaborado por: M. Rojas

Dentro de las variables que se estudiaron el nivel de instrucción fue parte importante de investigación encontrando en los dos años de estudio el nivel de instrucción secundaria como el predominante con el 70.23% , seguida por instrucción primaria con el 25.82% , y el 3.45 % para instrucción superior, mientras que el analfabetismo se presento en el 0.49% ,como puede verse en el cuadro n-2.

CUADRO N.- 2

DISTRIBUCIÓN DE 608 ADOLESCENTES EMBARAZADAS DE LA FUNDACIÓN PABLO JARAMILLO, SEGÚN NIVEL DE INSTRUCCIÓN. AÑOS 2006- 2007

NIVEL	N- DE ADOLESCENTES	PORCENTAJE
ANALFABETA	3	0.49%
PRIMARIA	157	25.82%
SECUNDARIA	427	70.23%
SUPERIOR	21	3.45%
TOTAL	608	100%

Fuente: Formulario de datos .Clínica Humanitaria

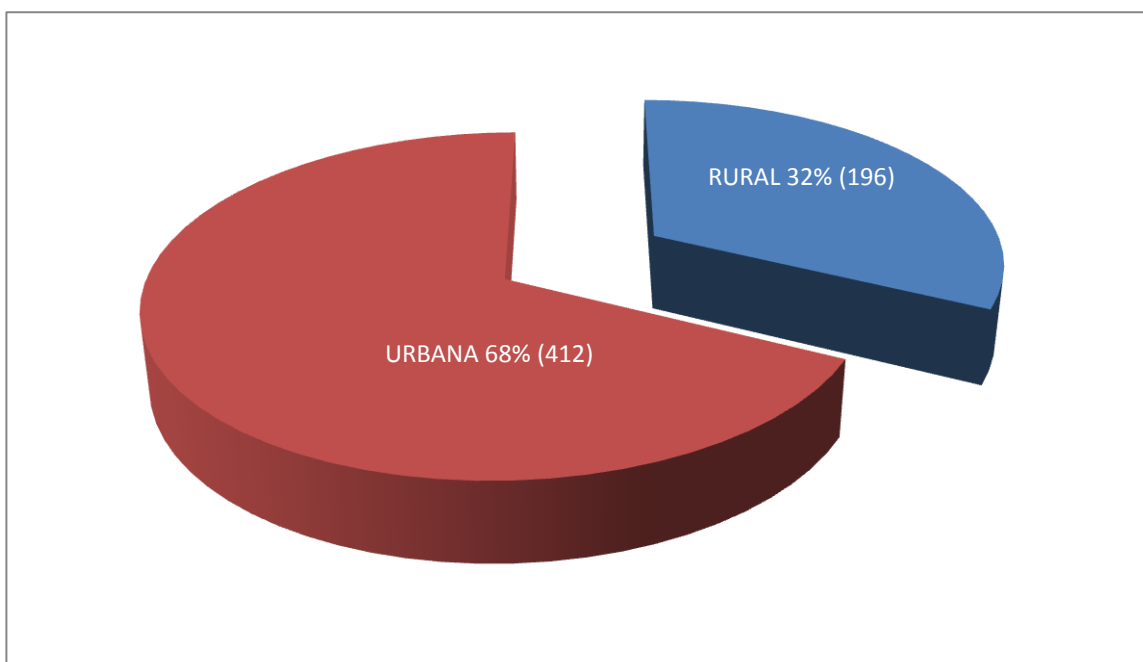
Elaborado por: M. Rojas

Otra variable que fue importante conocer era el lugar de residencia de las adolescentes embarazadas, para permitirnos saber donde están los grupos de más riesgo para un embarazo en esta etapa de la vida.

La residencia urbana fue la de mayor porcentaje en el estudio con el 68%, mientras que la procedencia rural fue del 32 %.Ver en el grafico n.-2

GRAFICO N.- 2

DISTRIBUCIÓN DE 608 ADOLESCENTES EMBARAZADAS DE LA FUNDACIÓN PABLO JARAMILLO, SEGÚN RESIDENCIA. AÑOS 2006-2007



Fuente: Formulario de datos .Clínica Humanitaria

Elaborado por: M. Rojas

El estado civil es otra de las variables que se analizó para conocer cuánta vulnerabilidad tienen las adolescentes embarazadas de nuestro estudio, siendo las solteras el grupo con más porcentaje con el 49.83%, seguidas por las casadas con el 34.37%, la unión libre representó el 15.78% de los casos, como se aprecia en el cuadro n-3

CUADRO N.- 3

DISTRIBUCIÓN DE 608 ADOLESCENTES EMBARAZADAS DE LA FUNDACIÓN PABLO JARAMILLO, SEGÚN EL ESTADO CIVIL. AÑOS 2006-2007

ESTADO CIVIL	N- DE ADOLESCENTES	PORCENTAJE
SOLTERA	303	49.83%
CASADA	209	34.37%
UNIÓN LIBRE	96	15.78%
TOTAL	608	100%

Fuente: Formulario de datos .Clínica Humanitaria
Elaborado por: M. Rojas

3.2- CARACTERÍSTICAS DE LA VIDA SEXUAL DE LAS ADOLESCENTES

La sexualidad en la adolescencia, su inicio, tabúes, desconocimiento son factores de importancia para que se den los embarazos en la adolescencia por lo que tomamos el inicio de la vida sexual como una variable para la investigación, encontrando que los 16 años como la edad en la que más se da el primera relación sexual en la muestra con el 24.01%. Seguidos de los 17 años con el 23.35%. El 31.90% de las adolescentes de la muestra inicio su vida sexual activa antes de los 15 años (13 años fue el límite inferior con el 4.60 %, ver cuadro n.-4

CUADRO N.- 4

DISTRIBUCIÓN DE 608 ADOLESCENTES EMBARAZADAS DE LA FUNDACIÓN PABLO JARAMILLO, SEGÚN EDAD DE INICIO DE LA VIDA SEXUAL ACTIVA. AÑOS 2006- 2007

EDAD (AÑOS)	N- DE ADOLESCENTES	PORCENTAJE
NO RECUERDA	28	4.60%
13	28	4.60%
14	50	8.22%
15	88	14.47%
16	146	24.01%
17	142	23.35%
18	108	17.76%
19	18	2.96%
TOTAL	608	100%

Fuente: Formulario de datos .Clínica Humanitaria

Elaborado por: M. Rojas

Cuando se habla de sexualidad en cualquier etapa de la vida es necesario conocer su conducta sexual desde el punto de la monogamia o no , porque en la adolescencia como en el resto de edades , la posibilidad de enfermedades de trasmisión sexual es un factor preocupante , en el estudio se vio que la mayoría de la muestra tenía un solo compañero sexual representando el 73.68% , dos compañeros reporto el 15.46%, tres compañeros el 5.92%, el 0.16% tuvieron más compañeros sexuales, como se ve en el cuadro n.-5

CUADRO N.- 5

DISTRIBUCIÓN DE 608 ADOLESCENTES EMBARAZADAS DE LA FUNDACIÓN PABLO JARAMILLO, SEGÚN NUMERO DE COMPAÑEROS SEXUALES. AÑOS 2006- 2007

COMPAÑEROS SEXUALES	NUMERO DE ADOLESCENTES	PORCENTAJE
UNO	448	73.68%
DOS	94	15.46%
TRES	36	5.92%
CUATRO	1	0.16%
CINCO	1	0.16%
NO RECUERDA	28	4.60%
TOTAL	608	100%

Fuente: Formulario de datos .Clínica Humanitaria

Elaborado por: M. Rojas

3.3- CARACTERISTICAS DEL EMBARAZO Y PARTO DE LAS ADOLESCENTES

El embarazo en la adolescencia es de alto riesgo por una serie de factores, y la repetición de un embarazo en la adolescencia duplican los riesgos, la investigación nos permitió conocer cuántos de esos embarazos eran primeros o repetitivos.

El primer embarazo fue el de mayor porcentaje para las adolescentes del estudio con el 87%, seguido por el segundo embarazo dentro de esta etapa con el 12.17%, el 0.34% reportaron tres embarazos y 0.49% cuatro embarazos. Ver cuadro n-6

CUADRO N.- 6

DISTRIBUCIÓN DE 608 ADOLESCENTES EMBARAZADAS DE LA FUNDACIÓN PABLO JARAMILLO, SEGÚN FRECUENCIA DE EMBARAZOS DURANTE LA ADOLESCENCIA. AÑOS 2006- 2007

FRECUENCIA(EMBARAZOS)	N- DE ADOLESCENTES	PORCENTAJE
PRIMERO	529	87 %
SEGUNDO	74	12.17%
TERCERO	2	0.34%
CUARTO	3	0.49%
TOTAL	608	100%

Fuente: Formulario de datos .Clínica Humanitaria

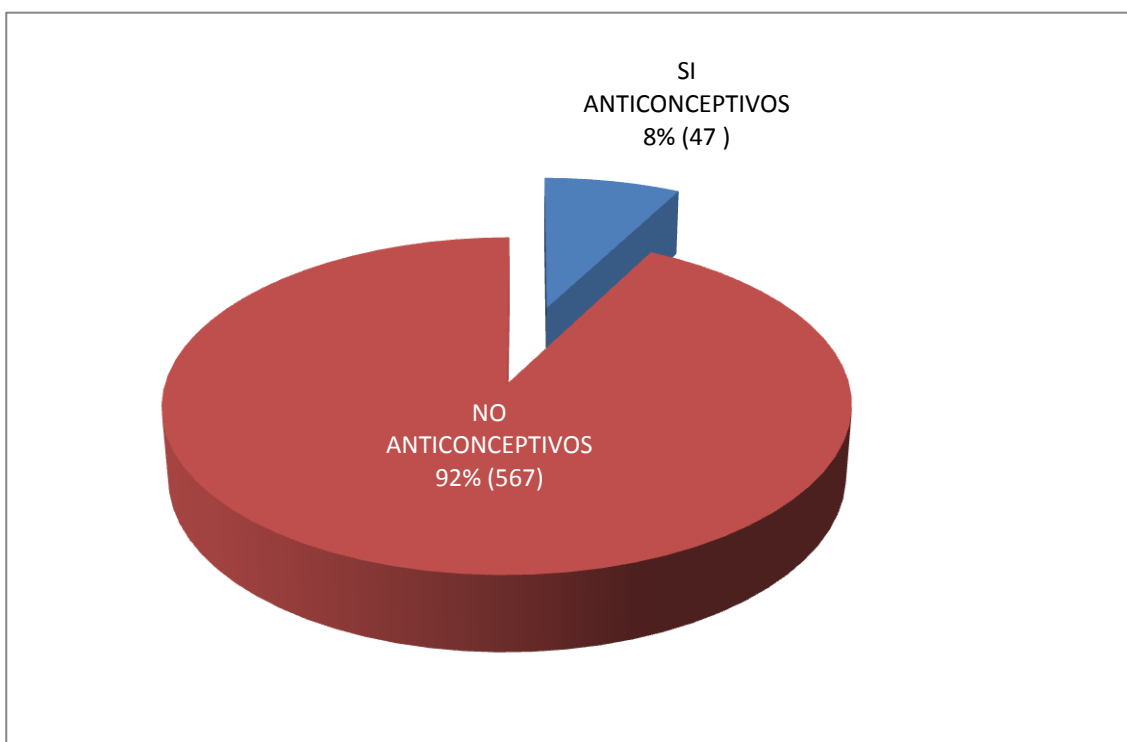
Elaborado por: M. Rojas

La anticoncepción es otra de las preocupaciones de salud pública en todas las edades y en especial para la adolescencia ya sea para evitar embarazos no deseados y en el uso de algunos de estos métodos para evitar las ETS.

El 92 % de las adolescentes no utilizaron anticonceptivos durante sus relaciones sexuales, y solamente el 8% utilizaron uno de los metodos anticonceptivos. Ver grafico n-3.

GRAFICO N.- 3

DISTRIBUCIÓN DE 608 ADOLESCENTES EMBARAZADAS DE LA FUNDACIÓN PABLO JARAMILLO, SEGÚN UTILIZACIÓN DE ANTICONCEPTIVOS. AÑOS 2006- 2007



Fuente: Formulario de datos .Clínica Humanitaria

Elaborado por: M. Rojas

El control prenatal es parte de la medicina preventiva por lo que es necesario realizarla cada mes durante los cinco primeros meses luego cada 15 días y en el último mes cada semana , nuestras normas del Ministerio de Salud Pública hablan como mínimo cinco controles para un embarazo normal, pero en el caso de embarazos de alto riesgo el control será más estricto y con menor intervalo , aun así para el estudio nosotros tomamos como un criterio de inclusión mínimo cinco controles prenatales y quisimos saber cuántos controles se hacía nuestra población de muestra encontrando que el 21.21% cumplió con un mínimo de 5 controles médicos durante el embarazo, el 17.76 % se practicó 6 controles, el 12.33% tuvo 7 controles, ver cuadro n-7

CUADRO N.- 7

DISTRIBUCIÓN DE 608 ADOLESCENTES EMBARAZADAS DE LA FUNDACIÓN PABLO JARAMILLO, SEGÚN FRECUENCIA DE CONTROLES MÉDICOS DURANTE EL EMBARAZO. AÑOS 2006- 2007

CONTROL(NUMERO)	N-ADOLESCENTES	PORCENTAJE
CINCO	129	21.21%
SEIS	108	17.76%
SIETE	75	12.33%
OCHO	86	14.14%
NUEVE	79	12.99%
DIEZ	68	11.18%
MAS	63	10.36%
TOTAL	608	100%

Fuente: Formulario de datos .Clínica Humanitaria

Elaborado por: M. Rojas

Dentro del control prenatal una de las formas de ayuda para este es la ecografía obstétrica debiendo realizarse por lo menos 3 ecografías en un embarazo normal es así que como parte del estudio solicitamos que la muestra debió realizarse mínimo dos ecografías, encontramos que la mayoría de adolescentes se realizaron dos controles ecograficos representando el 43.75%, tres controles se realizaron el 32.73%, el 14.47% registro cuatro controles ecograficos, mas de seis controles se realizo el 8,05%. Ver en el cuadro n -8.

CUADRO N.- 8

DISTRIBUCIÓN DE 608 ADOLESCENTES EMBARAZADAS DE LA FUNDACIÓN PABLO JARAMILLO, SEGÚN FRECUENCIA DE ECOGRAFÍAS REALIZADAS DURANTE EL EMBARAZO. AÑOS 2006- 2007

ECOGRAFÍAS (NUMERO)	N- DE ADOLESCENTES	PORCENTAJE
DOS	266	43.75%
TRES	199	32.73%
CUATRO	88	14.47%
CINCO	4	0.65%
SEIS	2	0.32%
MAS	49	8.05%
TOTAL	608	100%

Fuente: Formulario de datos .Clínica Humanitaria

Elaborado por: M. Rojas

El control prenatal a más de ser preventivo también sirve para el diagnóstico de patologías en el embarazo y es parte de nuestra investigación el tratar de determinar la prevalencia de patologías y cuales fueron que se presentaron en la muestra a partir de las 30 semanas de gestación. El cuadro N.- 9 nos indica que el 53.61 % de las adolescentes no presentaron patologías durante el embarazo. Y de las que tuvieron problemas, la Preeclampsia fue la patología del mayor porcentaje con el 17.92%, la ITU represento el 14.14%, la RPM registro el 7.73%, la APP con el 6.57% represento el menor porcentaje. Ver cuadro n.-9

CUADRO N.- 9

DISTRIBUCIÓN DE 608 ADOLESCENTES EMBARAZADAS DE LA FUNDACIÓN PABLO JARAMILLO, SEGÚN TIPO DE PATOLOGÍA DESARROLLADA DURANTE EL EMBARAZO. AÑOS 2006- 2007

PATOLOGÍA	N-ADOLESCENTES	PORCENTAJE
PREECLAMPSIA	109	17.92%
ITU	86	14.14%
APP	40	6.57%
RPM	47	7.73%
TOTAL CON PATOLOGÍA	282	46.38%
SIN PATOLOGÍA	326	53.62%
TOTAL	608	100%

Fuente: Formulario de datos .Clínica Humanitaria

Elaborado por: M. Rojas

Por el control prenatal se realizo el diagnostico de las patologías que más prevalencia tuvieron en la muestra y también nos permitió conocer cuáles fueron las semanas de embarazo en las que más se presentaron dichas patologías. Encontramos que la semana 34 de gestación fue en la que más se reporto patologías con 19.50% el más alto porcentaje, la semana 30 con el 15.24% se ubico en segundo lugar, la semana 38 reporto el 13.12% de los casos, en el resto de semanas el porcentaje fue menor. Ver cuadro n.- 10

CUADRO N.- 10

DISTRIBUCIÓN DE 282 ADOLESCENTES EMBARAZADAS CON PATOLOGÍA DE LA FUNDACIÓN PABLO JARAMILLO, SEGÚN SEMANA DE GESTACIÓN EN LA QUE PRESENTO PATOLOGÍA. AÑOS 2006- 2007

SEMANAS (EMBARAZO)	N- DE ADOLESCENTES	PORCENTAJE
30	43	15.24%
31	7	2.48%
32	24	8.51%
33	23	8.15%
34	55	19.50%
35	19	6.73%%
36	32	11.34%
37	19	6.73%
38	37	13.12%
39	18	6.38%
40	5	1.77%
TOTAL	282	100%

Fuente: Formulario de datos .Clínica Humanitaria

Elaborado por: M. Rojas

Los partos (abdominales/vaginales) de las adolescentes embarazadas se produjeron entre las semanas 30 a 42 de la gestacion . El 38.65% de los partos reportaron una edad gestacional de 39 semanas, en segundo lugar de frecuencia se produjeron a las 38 semanas con el 27.30%,y en tercer lugar de frecuencia fueron los que se produjeron alas 40 semanas con el 17.59% . Ver cuadro n.- 11

CUADRO N.- 11

DISTRIBUCIÓN DE 608 ADOLESCENTES EMBARAZADAS DE LA FUNDACIÓN PABLO JARAMILLO, SEGÚN SEMANAS DE GESTACIÓN CUMPLIDAS EN EL MOMENTO DEL PARTO. AÑOS 2006- 2007

SEMANAS (EMBARAZO)	N- DE ADOLESCENTES	PORCENTAJE
30	2	0.32%
31	0	0%
32	0	0 %
33	2	0.32%
34	1	0.16%
35	7	1.15%
36	20	3.28%
37	51	8.38%
38	166	27.30%
39	235	38.65%
40	107	17.59%
41	17	2.79%
42	0	0%
TOTAL	608	100%

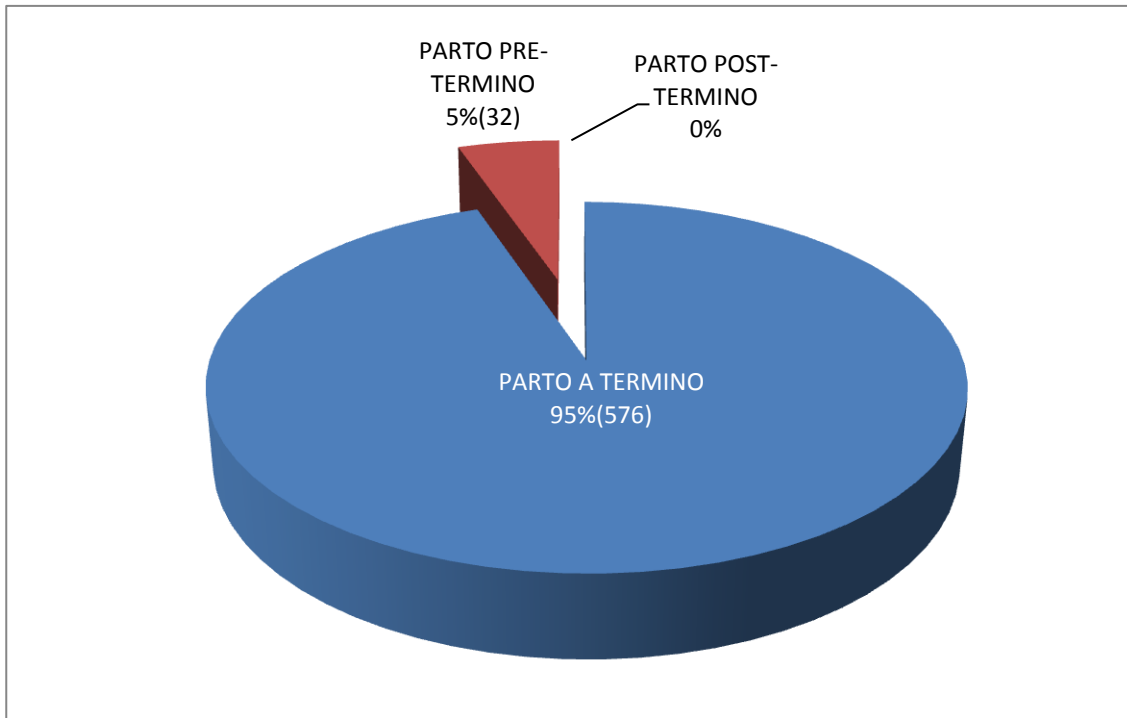
Fuente: Formulario de datos .Clínica Humanitaria

Elaborado por: M. Rojas

Con los datos anteriores se pudo establecer el porcentaje de partos a término (37-41.6.Semanas), pre término (menor a 36.6 Semanas) y pos término (mas de 42 Semanas) , los partos a término fueron el 95%, partos pre término fueron el 5%) y no se presentaron partos pos término según semanas de embarazo cumplidas .Ver grafico n.-4

GRAFICO N.- 4

DISTRIBUCIÓN DE 608 ADOLESCENTES EMBARAZADAS DE LA FUNDACIÓN PABLO JARAMILLO. SEGÚN TIPO DE PARTO POR LAS SEMANAS CUMPLIDAS DE GESTACIÓN EN EL MOMENTO DEL PARTO. AÑOS 2006- 2007.



Fuente: Formulario de datos .Clínica Humanitaria

Elaborado por: M. Rojas

En la Clínica Humanitaria Fundación Pablo Jaramillo Crespo durante el periodo de estudio se atendieron 3690 partos, de las cuales 855 fueron de adolescentes que corresponde al 23.17% del total de partos atendidos en los años 2006-2007.

Por otra parte en la Fundación Pablo Jaramillo los partos vaginales son el 56.26%, mientras que las cesáreas representa el 43.74%. Ver cuadro n.-12

CUADRO N.-12

DISTRIBUCIÓN DE 3690 EMBARAZADAS DE LA FUNDACIÓN PABLO JARAMILLO, SEGÚN TIPO DE PARTO EN LA POBLACIÓN GENERAL AÑOS 2006- 2007.

	N- DE PACIENTES	PORCENTAJE
PARTO	2076	56.26%
CESÁREA	1614	43.74%
TOTAL	3690	100%

Fuente: Formulario de datos .Clínica Humanitaria

Elaborado por: M. Rojas

En el periodo de estudio se produjeron 3690 partos(vaginal/abdominal) distribuidos en la población de la siguiente forma : las adolescentes embarazadas de la muestra tuvieron la cesárea como la forma más frecuente de terminar sus gestaciones encontrando que el 9.02% de las adolescentes se realizaron cirugía y el parto en ellas fue de 7.45%, similar caso fue con las adolescentes que no pertenecían al estudio la cesárea se presento en el 4.79% y partos 1.89%, mientras que en las adultas el parto fue el más frecuente con 46.91% y 29.91% cesáreas. Ver cuadro n.-13

CUADRO N.- 13

DISTRIBUCIÓN DE 3690 EMBARAZADAS DE LA FUNDACIÓN PABLO JARAMILLO, SEGÚN TIPO DE PARTO EN RELACIÓN A LA POBLACIÓN GENERAL AÑOS 2006- 2007.

	PARTOS	%	CESÁREA	%	TOTAL	%
ADOLESCENTE (MUESTRA)	275	7.45	333	9.02	608	16.47
ADOLESCENTE	70	1.89	177	4.79	247	6.69
ADULTAS	1731	46.91	1104	29.91	2835	76.82
TOTAL	2076	56.26	1614	43.74	3690	100

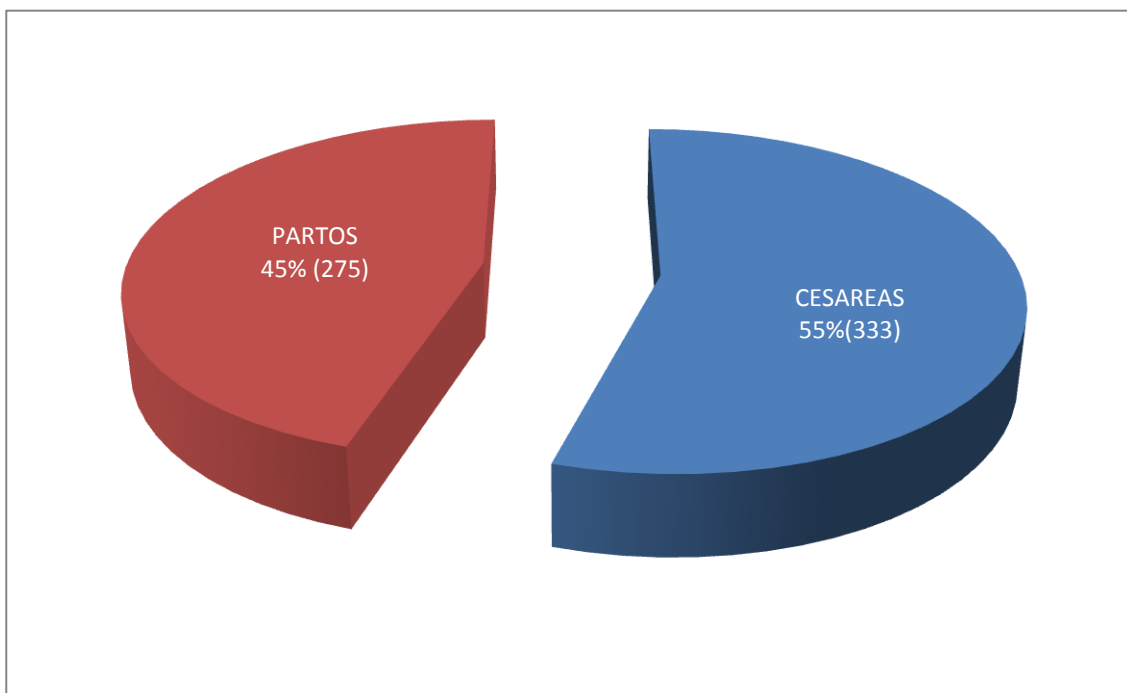
Fuente: Formulario de datos .Clínica Humanitaria

Elaborado por: M. Rojas

El embarazo en la adolescencia son por todos los factores analizados anteriormente clasificados como de alto riesgo, es así que la forma de terminación de los embarazos de la muestra en el periodo de estudio se distribuyo de la siguiente manera: La cesarea fue el tipo de parto con mayor frecuencia en las madres adolescentes con el 55%, el parto reporto una frecuencia del 45 %.Ver grafico n.-5.

GRAFICO N.- 5

DISTRIBUCIÓN DE 608 ADOLESCENTES EMBARAZADAS DE LA FUNDACIÓN PABLO JARAMILLO, SEGÚN TIPO DE PARTO. AÑOS 2006-2007.



Fuente: Formulario de datos .Clínica Humanitaria

Elaborado por: M. Rojas

Las cesáreas que se realizaron en el periodo de estudio (333 cirugías) tuvieron las siguientes causas ; El Sufrimiento Fetal Agudo, represento la primera causa de cesárea en las adolescentes embarazadas con el 38.73%. La segunda causa reportada fue la Estrechez Pelvica 18.91% y la tercera causa Desproporción Cefalo Pelvica 12.31%. Ver cuadro n.-14

CUADRO N.- 14

DISTRIBUCIÓN DE 333 ADOLESCENTES EMBARAZADAS DE LA FUNDACIÓN PABLO JARAMILLO, SEGÚN LA CAUSA DE LA CESÁREA. AÑOS 2006- 2007.

CAUSAS	N- DE PACIENTES	PORCENTAJE
DCP	41	12.31%
SFA	129	38.73%
CESÁREA ANTERIOR	19	5.70%
ESTRECHEZ PÉLVICA	63	18.91%
DILATACIÓN ESTACIONARIA	31	9.3%
DISTOCIA DE PRESENTACIÓN	15	4.50%
RCIU	11	3.3%
PLACENTA PREVIA	1	0.33%
DISTOCIA ÓSEA	1	0.33%
EXPULSIVO PROLONGADO	8	2.40%
DPPNI	10	3%
HIPERDINAMIA UTERINA	2	0.60%
PREMATUREZ EXTREMA	2	0.60%
TOTAL	333	100%

Fuente: Formulario de datos .Clínica Humanitaria

Elaborado por: M. Rojas

Los partos vaginales y cesáreas como todo procedimiento medico tiene la posibilidad de presentar complicaciones durante y posterior al acto, es así que 22 adolescentes presentaron complicaciones en la cesárea y posterior a la cirugía representando el 6.6% del total de cirugías(333 cesáreas). Las complicaciones fueron la hipotonia uterina con el 3% fue la mas frecuente, seguida de desgarro de la histerotomia con el 1.5% y el hematoma con el 1.5%, ademas se presento Utero de Couvaliere 1 caso, y un caso de acretismo placentario, en estos dos ultimos se realizo Histerectomia Abdominal de emergencia .Ver cuadro n.-15

CUADRO N.- 15

DISTRIBUCIÓN DE 333 ADOLESCENTES EMBARAZADAS DE LA FUNDACIÓN PABLO JARAMILLO, SEGÚN COMPLICACIONES DE LAS CESÁREAS. AÑOS 2006- 2007.

	N- DE PACIENTES	PORCENTAJE
HIPOTONIA UTERINA	10	3%
DESGARRO DE LA HISTEROTOMIA	5	1.5%
HEMATOMA	5	1.5%
UTERO DE COUVELAIRE	1	0.3%
ACRETISMO PLACENTARIO	1	0.3%
TOTAL CON PATOLOGIA	22	6.6%
TOTAL SIN PATOLOGIA	311	93.4%

Fuente: Formulario de datos .Clínica Humanitaria

Elaborado por: M. Rojas

También se presentaron problemas en los partos, el 12% (33 adolescentes) de las adolescentes que tuvieron un parto en el periodo de estudio (275 adolescentes) presentaron alguna complicación durante el parto. La retención placentaria completa o parcial con el 4.36% represento la mayor complicación, seguida por el desgarro vaginal con el 3.27%, mientras que el expulsivo prolongado se ubico con el menor porcentaje 0.72%. Ver en el cuadro n.-16

CUADRO N.- 16

DISTRIBUCIÓN DE 275 ADOLESCENTES EMBARAZADAS DE LA FUNDACIÓN PABLO JARAMILLO, SEGÚN COMPLICACIONES DE LOS PARTOS AÑOS 2006- 2007.

	N-DE PACIENTES	PORCENTAJE
RETENCIÓN PLACENTARIA	12	4.36%
DESGARRO CERVICAL	7	2.55%
DESGARRO VAGINAL	9	3.27%
HIPOTONÍA UTERINA	3	1.09%
EXPULSIVO PROLONGADO	2	0.72%
TOTAL CON PATOLOGÍA	33	12%
TOTAL SIN PATOLOGÍA	242	88%

Fuente: Formulario de datos .Clínica Humanitaria

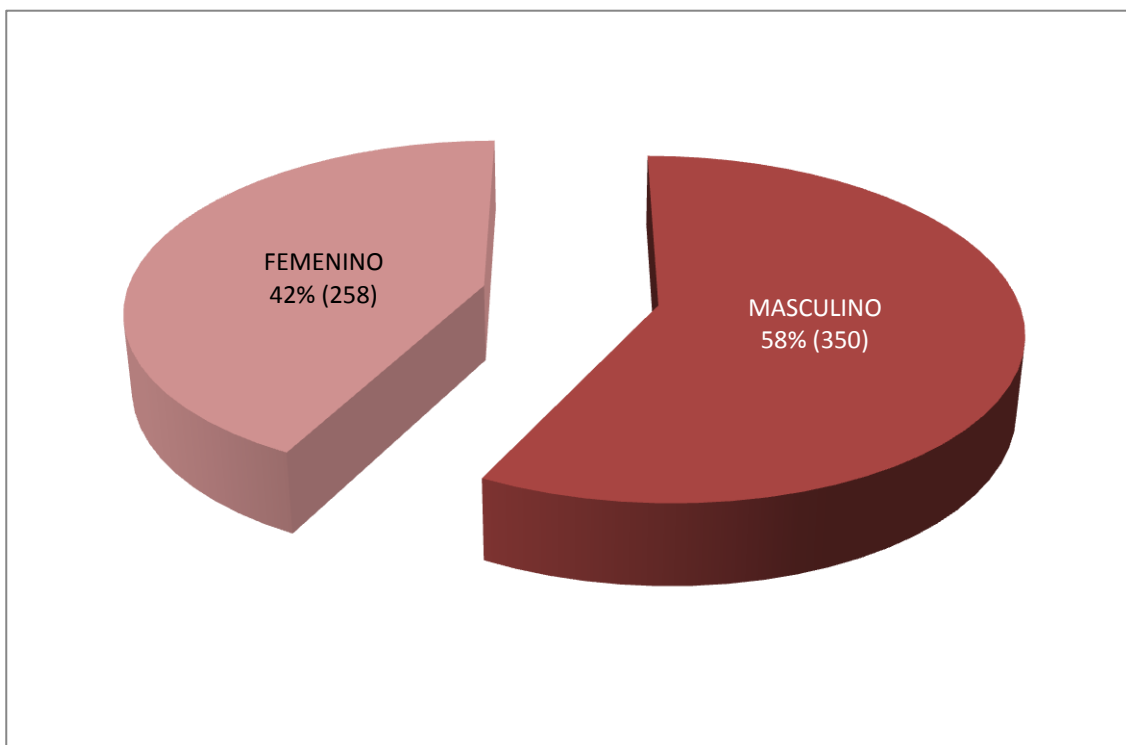
Elaborado por: M. Rojas

3.4- CARACTERISTICAS DE LOS RECIEN NACIDOS

En el periodo de estudio entre Enero del año 2006 y Diciembre del año 2007 se produjeron los nacimientos de los embarazos de la muestra (608) por parto vaginal y /o cesárea en la Clínica Humanitaria de la Fundación Pablo Jaramillo . De los 608 recién nacidos , hijos de madres adolescentes, el 58 % fueron masculinos, mientras que el 42% fueron femeninos.Ver grafico n.-6

GRAFICO N.- 6

DISTRIBUCIÓN DE 608 RECIÉN NACIDOS, HIJOS DE MADRES ADOLESCENTES DE LA FUNDACIÓN PABLO JARAMILLO, SEGÚN SEXO. AÑOS 2006- 2007.



Fuente: Formulario de datos .Clínica Humanitaria

Elaborado por: M. Rojas

Luego del nacimiento los productos de las adolescentes son valorados por los médicos pediatras del departamento de Neonatología de la Clínica Humanitaria de la Fundación Pablo Jaramillo para establecer su estado de salud y la edad promedio al nacimiento mediante el test de Capurro, los recién nacidos fueron en su mayor porcentaje de 39 semanas con el 31.9% seguidos de los productos de 38 semanas con el 27.96% y con el 23.35% los de 40 semanas. Ver cuadro n-17

CUADRO N.- 17

DISTRIBUCIÓN DE 608 RECIÉN NACIDOS HIJOS DE MADRES ADOLESCENTES DE LA FUNDACIÓN PABLO JARAMILLO, SEGÚN EDAD GESTACIONAL MEDIANTE EL TEST DE CAPURRO. AÑOS 2006- 2007

SEMANAS (EMBARAZO)	N- DE PRODUCTOS	PORCENTAJE
30	2	0.32%
31	0	0%
32	0	0 %
33	1	0.16%
34	3	0.49%
35	7	1.15%
36	23	3.78%
37	54	8.88%
38	170	27.96%
39	194	31.9%
40	142	23.35%
41	10	1.64%
42	2	0.32%
TOTAL	608	100%

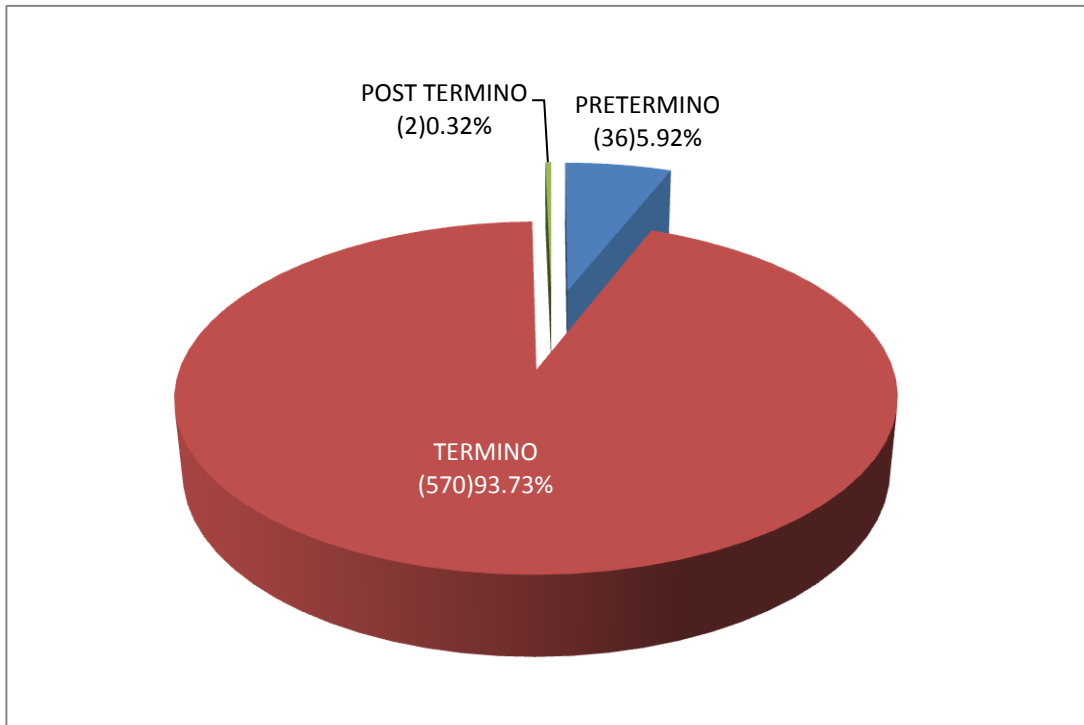
Fuente: Formulario de datos .Clínica Humanitaria

Elaborado por: M. Rojas

La valoración del test de Capurro realizada por los pediatras a los productos de los adolescentes nos permitió conocer la tasa de productos: pre término (entre 30 a 36 semanas) en el 5.92%, a término fueron el 93.73% y post término con 0.32%, se puede apreciar en el grafico n.-7

GRAFICO N.- 7

DISTRIBUCIÓN DE 608 RECIÉN NACIDOS, HIJOS DE MADRES ADOLESCENTES DE LA FUNDACIÓN PABLO JARAMILLO, DISTRIBUCIÓN EN TIPO DE PRODUCTO SEGÚN EDAD GESTACIONAL MEDIANTE EL TEST DE CAPURRO. AÑO 2006-2007.



Fuente: Formulario de datos .Clínica Humanitaria

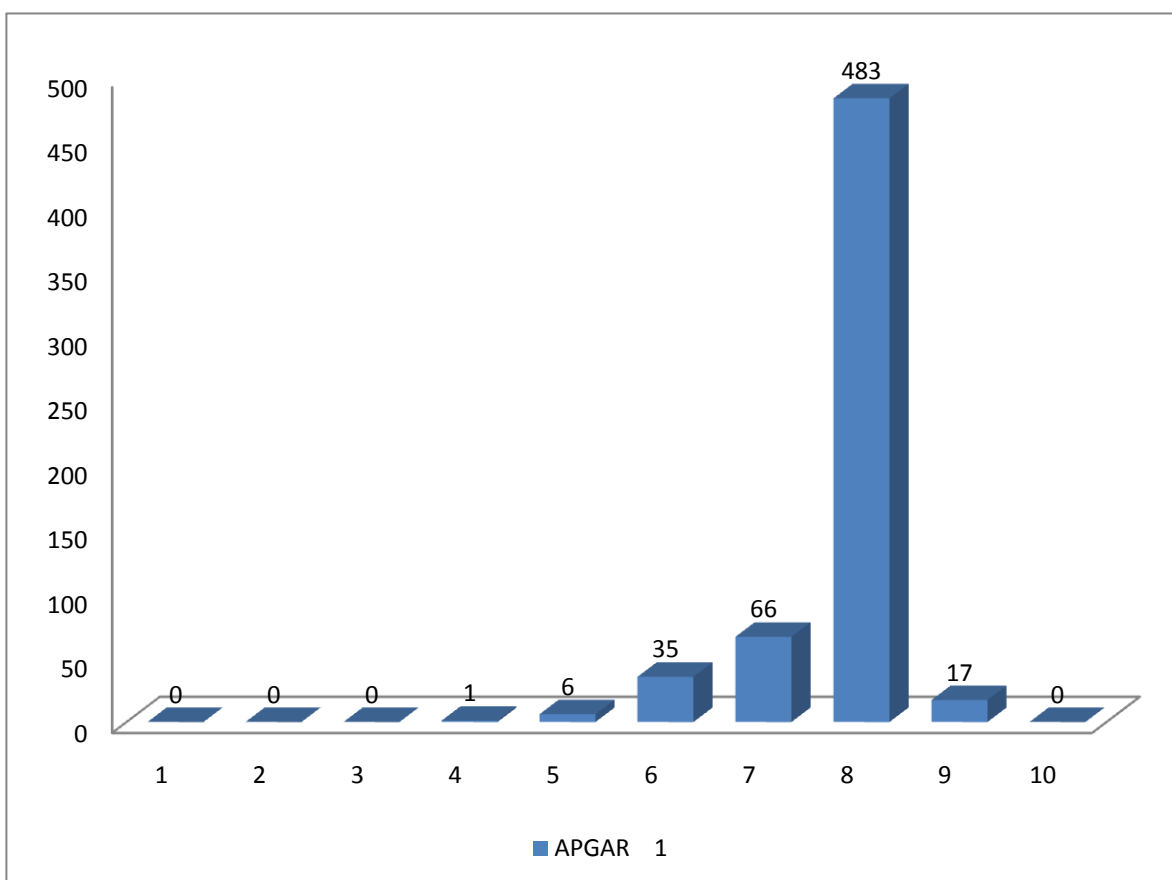
Elaborado por: M. Rojas

Otra valoración que realizaron los pediatras del departamento de Neonatología de la Clínica Humanitaria de la Fundación Pablo Jaramillo fue el test de Apgar al minuto y cinco minutos del nacimiento.

En el primer minuto a los recién nacidos se les calificó el Apgar reportando que el 79.44% de los recién nacidos tuvieron una puntuación de Apgar 8, el 10.85% de los productos se les calificó con Apgar 7, y el 6.9 % de los productos tuvo un Apgar igual o menor de 6. Ver gráfico n.-8

GRAFICO N.- 8

DISTRIBUCIÓN DE 608 RECIÉN NACIDOS, HIJOS DE MADRES ADOLESCENTES DE LA FUNDACIÓN PABLO JARAMILLO, SEGÚN CALIFICACIÓN DEL TEST DE APGAR EN EL PRIMER MINUTO. AÑOS 2006- 2007.



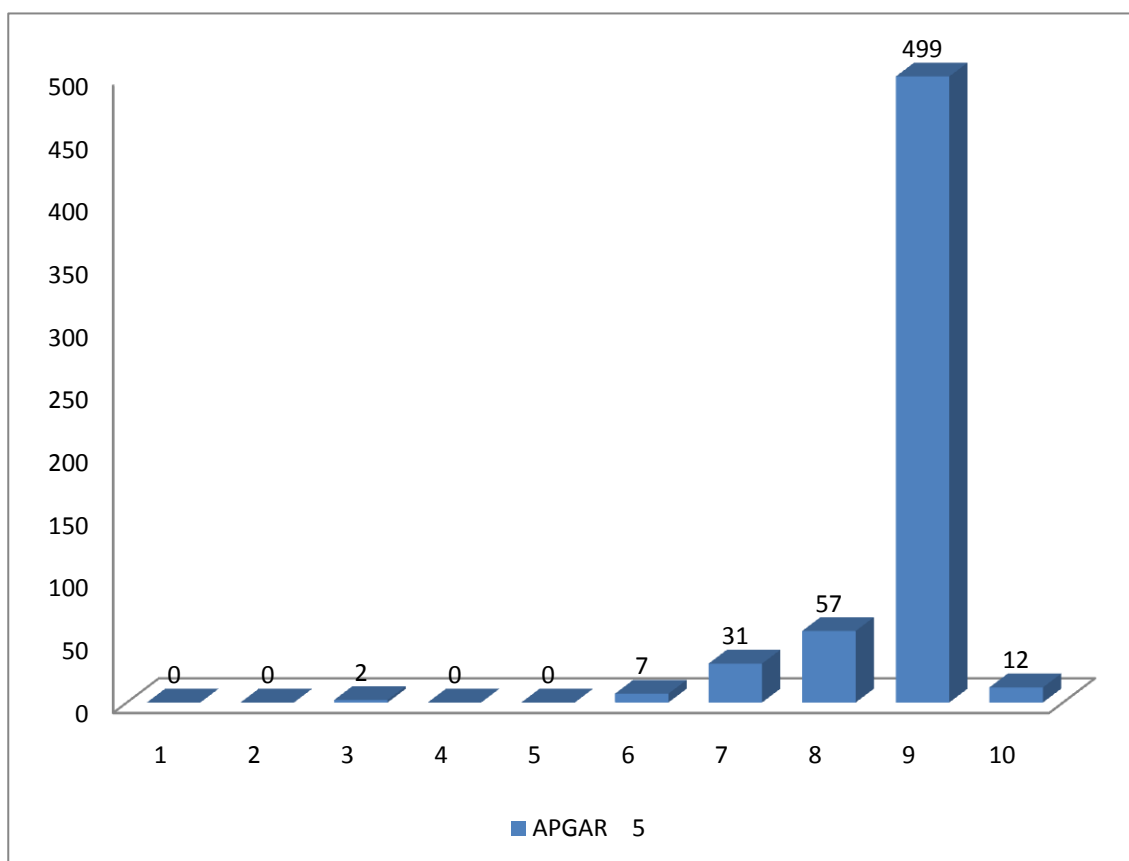
Fuente: Formulario de datos .Clínica Humanitaria

Elaborado por: M. Rojas

Igualmente a los cinco minutos se califico el test de Apgar a los recién nacidos de las adolescentes del estudio reportando : que a los cinco minutos el 82.07% de los recién nacidos se les asigno una puntuacion de Apgar 9, el 9.37% de bebes tuvo Apgar 8, el 1.98% Apgar 10,y el 1.48 % de los recién nacidos reporto una Apgar de 6 o inferior .Ver grafico n.-9

GRAFICO N.- 9

DISTRIBUCIÓN DE 608 RECIÉN NACIDOS, HIJOS DE MADRES ADOLESCENTES DE LA FUNDACIÓN PABLO JARAMILLO, SEGÚN CALIFICACIÓN DEL TEST DE APGAR A LOS CINCO MINUTOS. AÑOS 2006- 2007.



Fuente: Formulario de datos .Clínica Humanitaria

Elaborado por: M. Rojas

Las medidas antropométricas de los recién nacidos de las madres adolescentes del estudio fue otro parámetro que se investigó, reportando: La talla de 50 cm. como la que mas prevalencia tuvo en los recién nacidos con el 33.55%. Los 48 cm fue la segunda talla en repetirse en los recién nacidos con 17.76% .Y el 15.46% de los recién nacidos tubieron 49 cm de talla. Ver cuadro n-18.

CUADRO N.- 18

DISTRIBUCIÓN DE 608 RECIÉN NACIDOS, HIJOS DE MADRES ADOLESCENTES DE LA FUNDACIÓN PABLO JARAMILLO, SEGÚN TALLA. AÑOS 2006-2007.

TALLA (CM)	N- DE PRODUCTOS	PORCENTAJE
42	1	0.16%
43	2	0.32%
44	7	1.15%
45	16	2.63%
46	27	4.44%
47	48	7.89%
48	108	17.76%
49	94	15.46%
50	204	33.55%
51	48	7.9%
52	42	6.9%
53	11	1.8%
TOTAL	608	100%

Fuente: Formulario de datos .Clínica Humanitaria

Elaborado por: M. Rojas

El peso fue otro parametro que se tiene interes, sabiendo que los recién nacidos de las madres adolescentes tienen mayor probabilidad de tener bajo peso , encontramos que : El 42.43% de los recién nacidos pesaron entre 3000-3499 gramos , Un 38.81% pesaron entre 2500-2999 gramos , y el 11.01% peso entre 3500-3999 gramos, ver cuadro n.- 19.

CUADRO N.- 19

DISTRIBUCIÓN DE 608 RECIÉN NACIDOS, HIJOS DE MADRES ADOLESCENTES DE LA FUNDACIÓN PABLO JARAMILLO, SEGÚN PESO. AÑOS 2006-2007.

PESO (GR)	N- DE PRODUCTOS	PORCENTAJE
1000-1499	3	0.49%
1500-1999	2	0.32%
2000-2499	37	6.08%
2500-2999	236	38.81%
3000-3499	258	42.43%
3500-3999	67	11.01%
4000-4500	5	0.82%
TOTAL	608	100%

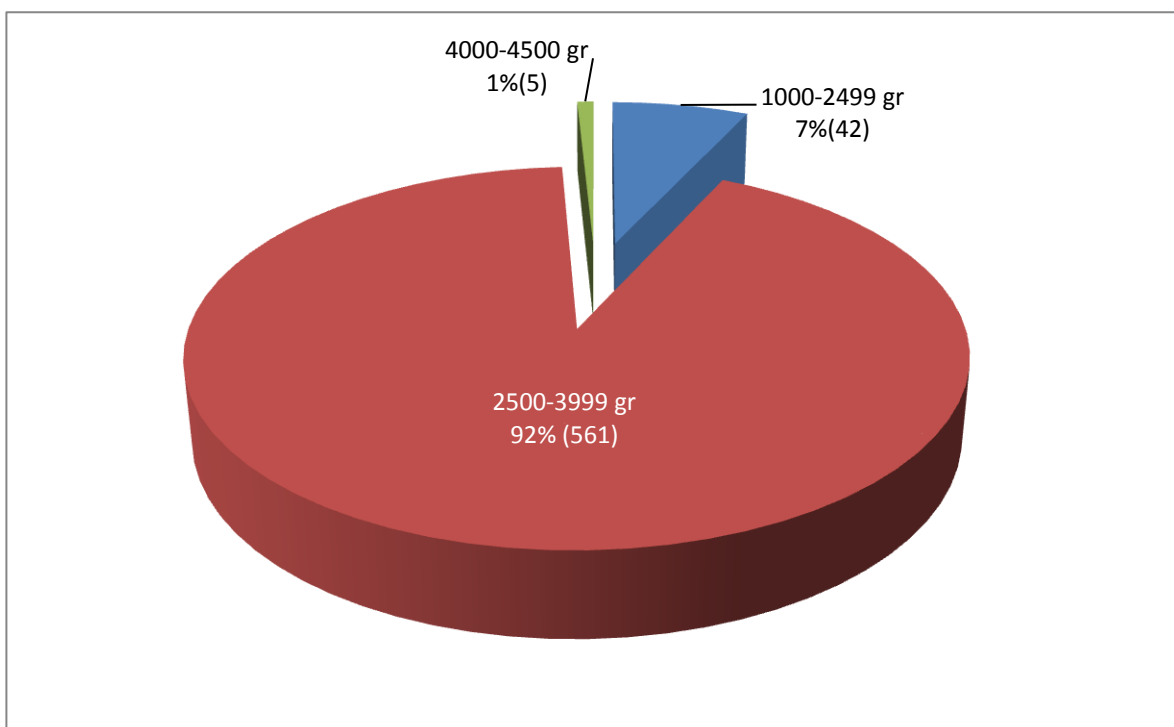
Fuente: Formulario de datos .Clínica Humanitaria

Elaborado por: M. Rojas

La medición de peso en los productos permitió clasificarlos en tres grupos :a) bajo peso (1000 a 2499 gr) con el 7% ,b) peso normal (2500 a 3999 gramos) con 92% y c) sobre peso superior a 4000gr que represento el 1% ,ver el grafico n.- 10

GRAFICO N.-10

DISTRIBUCIÓN DE 608 RECIÉN NACIDOS, HIJOS DE MADRES ADOLESCENTES DE LA FUNDACIÓN PABLO JARAMILLO, CLASIFICACIÓN SEGÚN PESO. AÑOS 2006-2007.



Fuente: Formulario de datos .Clínica Humanitaria

Elaborado por: M. Rojas

3.5- COMPLICACIONES PERINATALES

Las madres adolescentes tienen más probabilidades de tener un bebé de bajo peso al nacer. La mayoría de los bebés de bajo peso nace antes de término. Cuanto más prematuro sea, menor suele ser su peso. En el año 2006, el 10 por ciento de las madres de entre 15 y 19 años dio a luz bebés de bajo peso, en comparación con el 8.3 por ciento correspondiente a madres de todas las edades (4). Estos bebés tienen más probabilidades de morir durante su primer año de vida que los bebés de madres de entre 20 y 40 años de edad. El riesgo es mayor para los bebés de madres de menos de 15 años de edad. En 2005, 16.4 de cada 1,000 bebés de mujeres menores de 15 años murieron, en comparación con 6.8 de cada 1,000 bebés de mujeres de todas las edades. (8)

Los bebés prematuros y de bajo peso al nacer pueden tener órganos que no están totalmente desarrollados. Esto puede derivar en problemas respiratorios, como el síndrome de dificultad respiratoria, hemorragias cerebrales, pérdida de la vista y problemas intestinales graves. Los bebés de muy bajo peso al nacer (menos de 3 1/2 libras) tienen casi 100 veces más probabilidades de morir durante su primer año de vida que los bebés nacidos con peso normal; en los bebés de peso moderadamente bajo al nacer (entre 3 1/2 y 5 1/2 libras) las probabilidades son de más de cinco veces. (4)

Como se puede apreciar en la literatura los productos de madres adolescentes tienen más posibilidades que el resto de recién nacidos de presentar complicaciones neonatales ,por lo que investigamos encontrando el 14.47% de los recién nacidos de las adolescentes de la muestra presento alguna complicación y tuvo que ser ingresado en el departamento de Neonatología de la Clínica Humanitaria Fundación Pablo Jaramillo .El 85.53% de los recién nacidos no presento patología al momento del nacimiento .

Las patologías más frecuentes que se presentaron en los recién nacidos fueron: Distres Respiratorio con el 5.42%. Policitemia el 2.96%. Incompatibilidad ABO el 2.30%. Y se reportaron 2 muertes de Neonatos (0.32%) por Prematurez y complicaciones. Ver cuadro n.-20

CUADRO N.- 20

DISTRIBUCIÓN DE 608 RECIÉN NACIDOS, HIJOS DE MADRES ADOLESCENTES DE LA FUNDACIÓN PABLO JARAMILLO, SEGÚN TIPO DE PATOLOGÍA NEONATAL AÑOS 2006- 2007.

PATOLOGÍAS	N- DE PRODUCTOS	PORCENTAJE
DIESTRES RESPIRATORIO	33	5.42%
SEPSIS	6	0.98%
INCOMPATIBILIDAD ABO	14	2.30%
HIPOGLUCEMIA	13	2.13%
POLICITEMIA	18	2.96%
MEMBRANA HIALINA	2	0.32%
MUERTE	2	0.32%
TOTAL CON PATOLOGÍA	88	14.47%
TOTAL SIN PATOLOGÍA	520	85.53%

Fuente: Formulario de datos .Clínica Humanitaria

Elaborado por: M. Rojas

CAPÍTULO IV

4.1. DISCUSIÓN. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Al iniciar la investigación me propuse conocer la prevalencia de complicaciones perinatológicas en las adolescentes embarazadas con más de 30 semanas en la Clínica Humanitaria Fundación Pablo Jaramillo Crespo y poder comparar los resultados obtenidos con los de otros centros maternos infantiles.

La presente investigación fue realizada mediante un estudio descriptivo en 608 adolescentes embarazadas atendidas en la Fundación Pablo Jaramillo durante los meses de enero del año 2006 a diciembre del año 2007, comparando con los estudios realizados sobre el tema se anota lo siguiente:

Las edades de las adolescentes en las que más se produjo embarazos fue a partir de los 16 años siendo el porcentaje más alto a los 18 años con 200 adolescentes (32.89%). Estos resultados son similares a estudios realizados en Cuba país en el cual se registraron en el año 2000 hubo un total de nacimientos de 143.528 y de estos 18.325 en las edades comprendidas entre 15 y 19 años; y 510 nacimientos en menores de 15 años. (Yumar 2007).

De acuerdo a los datos estadísticos la adolescencia tardía es la etapa en la cual se presentó el mayor porcentaje de embarazo en la adolescencia con 591 casos correspondientes al 97%. Hecho corroborado por estudios realizados en Guatemala y Argentina. (O` Mally 2001).

Las adolescentes en su mayoría estaban cursando o ya habían terminado el segundo nivel académico (70.23%), lo que no se ve en el resto de países de latino América en donde el nivel académico es menor con una población estudiada en donde el 90% interrumpió sus estudios a causa del embarazo el cual fue “no deseado” en un 77% de los casos. (O` Mally 2001)

En el estudio se vio que el mayor número de las adolescentes embarazadas tenían su residencia urbana el 68 % en comparación a las de residencia rural

que fue menor con el 32%, con la literatura se vio similitud como el caso de Nicaragua las adolescentes embarazadas el 55% eran de la área urbana y 45% del área rural (O` Mally 2001).

El estado civil de solteras en las adolescentes embarazadas fue el porcentaje más alto en la investigación con el 49.83%. La literatura consultada indica que la mayoría de las adolescentes debido a su edad permanecían solteras con su familia o en Unión libre y muy pocas casadas. En el estudio se presentó igual que en la literatura solteras el 49.83%, sin embargo las casadas representaron 34.37%. La Unión Libre que en otras poblaciones de Latinoamérica ocupa un porcentaje alto en nuestro medio es la opción con menor porcentaje el 15.78%.

La edad de 16 años en las adolescentes de la muestra fue en la que la mayoría tuvo su primera relación sexual. El 32% de las adolescentes inicio su vida sexual activa antes de los 15 años (13 como límite inferior). Este dato se corrobora con los estudios consultados y con la Encuesta Endemain del Ecuador.

Algunos autores plantean que hay un incremento del 10% anual de mujeres con relaciones sexuales a partir de los 12 años hasta los 19 años, el 25% de los adolescentes se embarazan, y el 60% de estos ocurren dentro de los 6 meses iniciales de las primeras relaciones sexuales (Dulanto 2000).

Así también se analizó el número de compañeros sexuales y nuestras adolescentes en su gran mayoría tenían un compañero el 73.68% aunque en la literatura revisada se vio que las adolescentes en la población mundial tenían promiscuidad.

La frecuencia de embarazos durante la adolescencia en nuestra población de estudio fue por primera vez el 87% de embarazos, por segunda ocasión el 12.17%. Por tercer embarazo repetitivo en la adolescencia el 0.34%, y por cuarta ocasión 0.49%. En la literatura refieren que las adolescentes embarazadas tienen su primer embarazo el 70%, 24% el segundo y en el 6% el tercer embarazo (O` Mally 2001)

El empleo de anticonceptivos en las adolescentes estudiadas mostro que el uso de estas medidas era bajo, el 8% de las adolescentes utilizaron algún anticonceptivo y la gran mayoría 92% no uso ningún método de planificación. Esto es similar al resto de estudios, El 75% de las adolescentes nunca han hecho uso de los métodos anticonceptivos. (O` Mally 2001).

En lo que se refiere a los embarazos en las adolescentes los controles prenatales y ecográficos son como en la población general, habiendo sido además este un requisito para ingresar en el estudio.

En lo que se refiere a patologías con mas prevalencia en la Clínica Humanitaria Fundación Pablo Jaramillo (FPJ) fueron: a) Pre eclampsia en la FPJ con el 17.92% que en la literatura es similar presentándose entre el 12 y 22% (Cifuentes 2006). b) La .Infección del tracto urinario se presento en el 14.14% en la FPJ. La literatura indica que el 25 al 35 % de las embarazadas tienen ITU durante el embarazo (Faro 2002). c) Amenaza de parto prematuro fue en el 6.57% en la FPJ de las adolescentes embarazadas en la literatura se enmarca en el 10% de todos los embarazos (Cifuentes 2009). Y d) Ruptura prematura de membranas (7.73%) en la clínica, similar a la descrita en la actualidad en un 15% de los embarazos (Cifuentes 2009).

A las 34 semanas de gestación se reporto el mayor índice de diagnóstico de patologías en los embarazos de las adolescentes de la muestra, encontrando que el 19.50% de las adolescentes embarazadas tenían una patología. En menor incidencia se vio a las 30 semanas teniendo el 15.24% de las adolescentes del estudio algún problema patológico.

Los partos de las adolescentes de acuerdo a las semanas cumplidas en su mayoria fue a las 39 semanas siendo el 38.65% de los partos de la muestra. Los embarazos de las adolescentes presento una tasa de partos pre término (antes de las 37 semanas) alrededor del 5% que es menor a lo registrado en la literatura que indica con el 11% de los embarazos en EEUU. (Cabero 2003).

Las adolescentes de la muestra terminaron su embarazo por cesárea el 55% de las adolescentes se realizaron cirugía y el parto en ellas fue de 45%, similar caso fue con las adolescentes que no pertenecían al estudio la cesárea se presentó en el 4.79% y partos 1.89%, mientras que en las adultas el parto fue el más frecuente con 46.91% y 29.91% cesáreas. En la literatura en México la tasa de cesáreas es del 30% y en Brasil es del 70%, EE UU su tasa es del 22.9% y en España fue de 19.05%. . (Cabero 2003).

Comparando las causas de las cesáreas en las adolescentes en la Clínica Humanitaria Fundación Pablo Jaramillo (FPJ) con otros centros obstétricos

1) DCP en la FPJ se presentó en el 12.31%, a nivel de literatura en España representa el 6.7 % (Cabero 2003).

2) SFA en la FPJ fue la causa más frecuente con el 38.73% en comparación con Colombia en el Hospital U. del Valle es la causa del 17% de las cesáreas. (Cifuentes 2006).

3) Cesárea anterior como causa de cesáreas en la FPJ fue el 5.70%, en la literatura se habla de un 40% (Beischern, 2000).

4) Estrechez pélvica en nuestro estudio en la FPJ se vio como causa de un 18.91% y en el resto de estudios fue 19.3%. (Beischern, 2000).

5) Dilatación estacionaria en la FPJ se presentó 9,3% y en la bibliografía fue 12.6%. (Beischern, 2000).

6) Distocia de presentación (FPJ) fue 4.50% y en Escocia se indica en un 12.6%. (Beischern, 2000).

7) RCIU se presentó en la Clínica Humanitaria como causa de cesárea en un 3.3% que es mayor a lo encontrado en la literatura que indica como causa de cesárea en un 1%. (Beischern, 2000).

8) Placenta previa (FPJ) fue causa de cesárea por una ocasión 0.33% y en los estudios similares indicaron como causa un 1%. (Beischern, 2000).

9) Distocia ósea (FPJ) fue el 0.33% y la literatura indica 19.7%. (Beischern, 2000).

10) Expulsivo prolongado (FPJ) el 2.4% de las cirugías y la literatura dice 19.7%. (Cifuentes 2006).

11) DPPNI fue el 3% de las causas de cesárea en la FPJ y la literatura dice 4.7%. (Beischern, 2000).

12) Hiperdinamia uterina se vio en el 0.60% de las causas en la FPJ y la literatura habla de un 6 %. (Beischern, 2000).

13) Prematurez extrema como causa de cesárea en la FPJ en el periodo de estudio fue el 0.60% y los similares informes hablan que se presenta en un 1% (Beischern, 2000).

Dentro del estudio fue parte importante conocer las complicaciones que presentaron las adolescentes en sus partos, abdominales y/o vaginales, encontrando : Retención placentaria en el 4.36% de los partos vaginales de la FPJ que es mayor a lo descrito en la bibliografía que nos indica que España se presenta en el 1% de los partos .(Usandizaga, 2004).Después de un parto la mayoría de las ocasiones se producen desgarros cervicales pequeños que al cicatrizar cambian la forma del cérvix ,pero en ocasiones se producen desgarros que necesitan intervención médica que son menos del 0.5% en la población general pero en nuestro estudio fue más alta la prevalencia siendo alrededor del 2.55% en la FPJ.(Beischern, 2000). Los desgarros vaginales independientes del grado también casi no deberían presentarse en un parto atendido por personal médico, pero en el estudio en la FPJ fue alrededor de los 3.27% de los partos de adolescentes.

En lo que se refiere a las cesáreas las complicaciones que tuvieron las adolescentes de la muestra en el periodo de estudio fueron: Hipotonía Uterina en el 3% de las cirugías de la FPJ , los trastornos de contractibilidad uterina se presentan alrededor del 4 al 6% de las cesáreas (Cifuentes, 2009) y son las causantes del 50% de las hemorragias pos parto y del 4% de la mortalidad materna (Usandizaga, 2004).Además se vio como complicaciones de las cirugías en la FPJ : Útero de Couvelaire en un caso y un caso de Placenta Previa con Acretismo placentario ,en estos dos casos fue necesario realizar Histerectomía de emergencia teniendo un 0.6% ,que está dentro de lo reportado en estudios similares donde se presenta desde el 0.15 al 17% de las cesáreas . (Usandizaga, 2004)

El estudio de las adolescentes embarazadas luego de su parto y al obtener los productos , estos fueron calificados mediante el test de Capurro por el departamento de Neonatología y Pediatría , indicando que las edades de los

productos fueron pre término el 5.92% de los recién nacidos , a término fueron el 93.73% de los recién nacidos y post término fueron 2 recién nacidos que corresponden al 0.32% , los estudios realizados en otros centros indican que los productos de adolescentes tienen una alta frecuencia de nacimientos pre término (15,8%),esta frecuencia disminuye conforme avanza la edad y entre los 20 a 29 años es de 6,1% (Cifuentes 2006).

Al 79.44% de los recién nacidos se les asignó una puntuación de Apgar 8, el 10.85% reportó Apgar 7 , y para el 6.9% de los productos estuvo con o por debajo de 6 su calificación de Apgar, en la valoración de la vitalidad mediante el test de Apgar al primer minuto de vida.

El 82.07% de los recién nacidos se les asignó una puntuación de Apgar 9 a los cinco minutos, el 1.48 % reportó una Apgar igual o inferior a 6. Estudios reportan un porcentaje del 26.3% de los recién nacidos a los 5 minutos tienen un Apgar menor a 7 (Cifuentes 2006).

Los productos de las adolescentes al nacer fueron pesados y medidos , pudiendo clasificarlos como productos de bajo peso (peso menor a 2499 gramos) se encontró que el 7% de los recién nacidos pertenecían a este grupo .El segundo grupo son aquellos que tienen un peso normal (entre 2500 a 3999 gr) siendo la mayoría de los productos de las adolescentes de este grupo son el 92% y un tercer grupo que está conformado por los que tienen sobre peso (más de 4000 gramos) fueron 5 recién nacidos que representan el 1% de todos los productos . Comparado con la literatura que dice que los nacidos con bajo peso también se los cataloga con la regla de que si tiene un peso debajo del percentil 10 se los llama Retardo de crecimiento intrauterino RCIU que es alrededor de 30 millones (23,8%)a nivel mundial (Cifuentes 2006) .

De los 608 productos que nacieron en la Clínica Humanitaria en el Departamento de Gineco-Obstetricia, el 85.53% no presentó patología al momento del nacimiento, pero alrededor de 88 recién nacidos que representan el 14.47% del total de productos de la muestra tuvieron algún tipo de complicación en su nacimiento o posterior al mismo siendo ingresados en el Departamento de Neonatología de la Clínica Humanitaria para recibir el

tratamiento y medicas de acuerdo a cada caso. Las causas más frecuentes de complicación fueron:

1.-) Distres respiratorio en el 5.42% de los recién nacidos de la FPJ y en la literatura indica que se presenta en el 10% de los recién nacidos (Cloherty 2005).

2.-) Sepsis se presento en el 0,98% de los recién nacidos ingresados en Neonatología de la FPJ y las revisiones de Neonatología refieren que se presenta en un 0.8%. (Cloherty 2005).

3.-) Incompatibilidad ABO fue el 2.3% de las causas que complicaron a los bebes de la FPJ y la literatura dice que se presenta en mayor porcentaje y que 6.1 % necesita tratamiento, (Cloherty 2005).

4.-) Policitemia se presento en el 2.96% de los niños de la FPJ y la literatura médica indica que el 0.4 al 5% de los recién nacidos tienen algún grado (Cloherty 2005).

5.-) Membrana Hialina se vio en el 0.32% de estos recién nacidos de la FPJ y la literatura dice que se presenta en un 0.5 al 2% de los bebés en algún grado (Cloherty 2005).

6.-) Muerte fetal es el 0.32% de los productos de la FPJ aunque los que se presentaron fue por Prematurez y Sepsis, la literatura indica que se presenta 7 a 12 por 1000 nacidos vivos en países en desarrollo y en países como el nuestro varía entre 60 a 100 por 1000 nacidos vivos (Beischern, 2000).

Por todos los anteriores resultados de la investigación puedo concluir:

1.-El embarazo durante la adolescencia tiene una prevalencia alta en la Fundación Pablo Jaramillo.

2.-La adolescencia tardía presenta los porcentajes más altos (97%). Llama la atención que a pesar de tener una instrucción secundaria en el mayor porcentaje y residir en el área urbana, las adolescentes no utilicen anticonceptivos durante la relación sexual.

3.-La edad de inicio sexual es cada vez menor en nuestro medio.

4-La repetición de embarazos en la adolescencia es menor en el estudio a lo referido en la literatura.

5-La monogamia en las adolescentes es mayor en el estudio a lo referido por otros

6-Los embarazos de nuestras adolescentes que son catalogados de alto riesgo fueron controlados como el resto de embarazos.

7-En lo que se refiere a los bebés de las adolescentes sus calificaciones de Apgar, Capurro, medidas antropométricas fueron similares a los recién nacidos de la población general.

8.-Como complicaciones perinatales, las encontradas en el estudio corroboran la literatura consultada y ponen de evidencia una vez más a la adolescencia como un factor de riesgo para el desarrollo de patologías para la madre y el hijo.

Finalmente ,tomando en cuenta los riesgos que supone el embarazo en una adolescente, tanto para ella como para su hijo, me permito dar las siguientes recomendaciones : se debe trabajar con los y las adolescentes la necesidades de posponer el inicio de la vida sexual activa durante esta etapa, a través de una Educación Sexual adecuada, libre de mitos y tabúes que les permita desarrollar una Salud Sexual y Reproductiva plena de acuerdo a su etapa y conforme los Derechos en Salud Sexual y Reproductiva de los y las adolescentes.

A partir de la menarca se recomienda a todas las mujeres llevar una dieta sana, controlar su peso y evitar fumar, tomar diariamente un complejo vitamínico que contenga ácido fólico para su propio beneficio y también para reducir el riesgo de tener un bebé con defectos congénitos en el cerebro y la médula espinal si quedaran embarazadas.

Para mejorar sus probabilidades de tener un bebé sano se recomienda a las adolescentes que ya están embarazadas:

- Recurrir a un profesional de la salud o una clínica para recibir atención prenatal a comienzos de la gestación y de forma regular durante todo el embarazo.
- Llevar una dieta nutritiva y equilibrada.
- Dejar de fumar y evitar el humo proveniente de otros fumadores. Fumar aumenta el riesgo de bajo peso al nacer, nacimiento prematuro, complicaciones durante el embarazo y síndrome de muerte súbita del bebé.
- Dejar de beber alcohol y de consumir todo tipo de drogas ilícitas. El consumo de alcohol y drogas limita el crecimiento del feto y puede causar defectos congénitos.
- Evitar todo tipo de medicamentos de venta libre o bajo receta (incluyendo los medicamentos a base de hierbas), a menos que sean indicados por un profesional de la salud que esté al tanto del embarazo.
- Promover la asistencia de los adolescentes a las consultas de planificación familiar, con el objetivo de lograr una mejor orientación sobre la anticoncepción y la fecundidad.
- Fortalecer el funcionamiento de los círculos de adolescentes, con el objetivo de realizar charlas sobre la anticoncepción, y las complicaciones que trae tanto para la madre y el recién nacido el embarazo en la adolescencia.
- Valorar la posibilidad de aplicación de la estrategia educativa, como propuesta en los consultorios, para mejorar la atención a los adolescentes y disminuir la incidencia de embarazos en esta etapa de la vida.
- Capacitar a los promotores de salud para que puedan impartir en cada uno de los consultorios esta estrategia, incluyendo los Centros Escolares.

BIBLIOGRAFÍA CITADA.

1. <http://www.monografias.com/trabajos15/delincuencia-juvenil/delincuencia-juvenil.shtml>
2. <http://guiajuvenil.com/adolescentes/adolescencia.htm>
3. INEN IV Censo de la población y la vivienda
4. National Campaign to Prevent Teen Pregnancy. Why It Matters. Consultado 12 de enero de 2009. www.teenpregnancy.org.
5. Ventura, S.J., et al. Estimated Pregnancy Rates by Outcome for the United States, 1990-2004. National Vital Statistics Reports, volumen 56, número 15, 14 de abril de 2008.
6. Boletín de Indicadores Básicos de Salud del Ecuador, 2005, Ministerio de Salud pública del Ecuador, OPS, UNICEF, UNIFEM, NUD, UNFPA.
7. Laffita Batista A, Ariosa JM, Cutie Sánchez. Adolescencia e Interrupciones del Embarazo. URL disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/gin/vol30_1_04/gin04104.htm. Consultada agosto del 2009.
8. Alfonso JC (2004) Fecundidad y aborto en la adolescencia. Algunas características Sexuales y Sociológicas. RCOG [en línea] 2004 [25 de noviembre selg 2005]; URL disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/gin/vol30_1_04/gin04324.htm. Consultada en julio del 2009.
9. Dulanto, E 2000, El Adolescente, Mc Graw-Hill Interamericana. Méjico.
10. EDNA 2005 Estado de los Derechos de la Niñez y Adolescencia en Ecuador. Observatorio de los Derechos Humanos. Quito.
11. Encuesta a adolescentes, CAHMI (The Child and Adolescent Health Measurement Initiative (CAHMI))
12. Martin, J.A. et al. Births: Final Data for 2006. National Vital Statistics Report, volumen 57, número 7, 7 de enero de 2009,
13. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Preventing Smoking and Exposure to Secondhand Smoke Before, During, and After Pregnancy. 3 de octubre de 2007, www.cdc.gov/nccdphp/publications/factsheets/Prevention/smoking.htm.

14. American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). Especialmente para adolescentes: Tener un bebé. Folleto de Educación del Paciente, Agosto de 2007.
15. Mathews, M.S. y Mac Dorman, M.F. Infant Mortality Statistics from the 2005 Period Linked Birth/Infant Death Data Set. National Vital Statistics Reports, volumen 57, número 2, revisado: 18 de agosto de 2008, www.cdc.gov/nchs/data/nvsr.
16. García Nápoles José Erasmo. Atención al adolescente. En: Álvarez Sintes Roberto. Temas de Medicina General Integral. La Habana: Editorial Ciencia Médicas; 2001.
17. Del Rosario Lauza M, Bembibre Taboada R, Soto Cantero A, Martín Llamas G. Impacto del Programa "Crecer en la adolescencia". Rev.Cub.Med.Gen.Integral 1999; 15(1):32-5.
18. Molina Ramiro. Sistema de evaluación integral para adolescentes. Universidad de Chile, 2000.

BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

1. *Adolescent Pregnancy, Pediatrics* 1989, American Academy of Pediatrics, Committee on Adolescence,
2. Beischern, N, Mackay, E, Colditz, P 2000, *Obstetricia y Neonatología*, 3 ed., Mc Graw-Hill Interamericana, México
3. Burrow, G, Duffy, T 2004, *Complicaciones medicas durante el embarazo*, 5 ed, Panamericana, Buenos Aires
4. Cabero, L, et al 2003, *Tratado de Ginecología, Obstetricia y Medicina de la Reproducción*, Tomo 1, Panamericana, Madrid.
5. Cifuentes, R 2006, *Obstetricia de Alto Riesgo*. 6 ed., Guadalupe, Bogotá.
6. Cifuentes, R 2007, *Urgencias en Obstetricia*, Gente Nueva, Bogotá.
7. Cifuentes, R 2009, *Ginecología y Obstetricia Basadas en las Nuevas Evidencias*. 2 ed., Distribuna Ltda. Bogotá.

8. Cloherty, J, Eichenwald, E, Stark, A, 2005, *Manual de Cuidados Neonatales*, 4 ed., Masson, Barcelona
9. Chen, P 2007, "Embarazo en la adolescencia", *Enciclopedia medica en español*. Recuperado en septiembre 11,2007 de <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/esp-imagepages/17005.htm>
10. Diario el Mercurio (2007-09-27), *.Prevención del Embarazo en la Adolescencia*, Cuenca.
11. Dulanto, E 2000, *El Adolescente*, Mc Graw-Hill Interamericana, México.
12. "Embarazo en la adolescencia", 1996, OPS – OMS
13. Faro, S, Soper, D 2002 *Enfermedades Infecciosas en la Mujer*, Mc Graw-Hill Interamericana, México.
14. Issler, J 2001, "Embarazo en la Adolescencia", *Rev de Posgrado de la Cátedra Vía Medicina N-107 – Agosto /2001*, Santiago.
15. Lombardia, J, Fernández, M 2007, *Ginecología y Obstetricia Manual de consulta rápida*, 2 ed., Panamericana, Buenos Aires
16. "Manual de Medicina de la Adolescencia" 1996, OPS – OMS
17. Molina, R, Sandoval, J, Luengo, X 2000, *Obstetricia y Perinatología*, 2 ed., EFACIM, Asunción.
18. O` Mally, J 2001 "Planificación Familiar y Algunas Perspectivas de Embarazo en Adolescentes", Tesis para optar al Título de Especialista en Gineco-Obstetricia., Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, Facultad de Ciencias Medicas, UNAN –León.
19. Shwarcz, R, Diverges, C, Díaz, A, Fescina 1999, *Obstetricia*, El Ateneo, Buenos Aires.
20. Usandizaga, J, de la Fuente, P 2004, *Tratado de Obstetricia y Ginecología*, 2 ed., Volumen I. Mc Graw-Hill Interamericana, M

ANEXO 1

UNIVERSIDAD DEL AZUAY

CLÍNICA HUMANITARIA .FUNDACIÓN PABLO JARAMILLO C.

**FORMULARIO DE RECOLECCIÓN DE DATOS PARA CONOCER LA
PREVALENCIA DE COMPLICACIONES PERINATOLÓGICAS EN
ADOLESCENTES CON MAS DE 30 SEMANAS DE GESTACIÓN. CLÍNICA
HUMANITARIA FUNDACIÓN PABLO JARAMILLO. 2006-2007**

Numero de Historia Clínica.....

Edad en años cumplidos.....

Instrucción Analfabeta.... Primaria....grado Secundaria...curso

Universidad.....curso...

Procedencia rural ciudad

Edad de inicio de vida sexual activa.....años No recuerda

Número de parejas sexuales..... No recuerda.....

Estado civil Casada Soltera U. Libre Viuda

Divorciada

Número de embarazos.....Partos.....Abortos.....

Anticoncepción no si

Fecha de ultima menstruación día/ mes/ año/ 06 07

Numero de controles prenatales 5 6 7 8 9 10 mas

Ecografías 2 3 4 mas

PATOLOGÍA.....

SEMANA QUE SE DX.....

Fecha de Parto día/ mes/ año/ 07

Semanas cumplidas de embarazo

Parto.....si

Complicación.....

Cesárea si
Causa de cesárea.....
Complicación.....

Producto	Masculino	Femenino
Peso.....		
Talla.....		
Capurro.....		
Apgar.....		
COMPLICACIONES NEONATALES.....		
Observación		

Realizado por