

**Universidad de Ciencias Médicas de Ciego de Ávila
Facultad “Dr. José Assef Yara”
Policlínico Ceballos**

***Título: Comorbilidad materno-perinatal en gestantes
adolescentes de los consultorios de Santo Tomás
en el Policlínico Ceballos, 2018-19***

**Autora: Dra. Katia Janet Cruz Velázquez
Aspirante a Especialista de Primer Grado en
Medicina General Integral**

**Tesis para optar por el título de Especialista de
Primer Grado en Medicina General Integral**

Ciego de Ávila, 2019

**Universidad de Ciencias Médicas de Ciego de Ávila
Facultad “Dr. José Assef Yara”
Policlínico Ceballos**



**Título: Comorbilidad materno-perinatal en gestantes
adolescentes de los consultorios de Santo Tomás
en el Policlínico Ceballos, 2018-19**

Autora: Dra. Katia Janet Cruz Velázquez
Aspirante a Especialista de Primer Grado en
Medicina General Integral

Tutora: M. Sc. Xiomara Julia Ruiz Méndez
Máster **en Atención Integral a la Mujer**
Especialista de Primer Grado en Medicina General
Integral. Profesora Asistente

Co-tutor: Dr. C. Reinaldo Pablo García Pérez
Doctor en Ciencias Pedagógicas. Máster en Educación
Médica. Especialista de Primer y Segundo Grados en
Medicina General Integral. Profesor Titular e
Investigador Auxiliar

Ciego de Ávila, 2019

PENSAMIENTO

Si tuviera el privilegio de vivir otra vez mi propia vida, muchas cosas haría diferentes de cómo las haría hasta hoy. Pero puedo asegurarles que toda mi vida lucharía con idéntica pasión por los mismos objetivos por los que he luchado hasta hoy.

Fidel Castro

DEDICATORIA

*A mis padres por su apoyo incondicional en toda la vida,
por seguirme y estar de acuerdo con mis decisiones;
por siempre estar a mi lado y darme ese amor que solo ellos saben dar.*

*A la personita que más amo en este mundo: Álvaro Daniel,
para ti mi motorcito impulsor
que a pesar de los obstáculos que se presenten en mí vida,
con solo una mirada tuya me das las fuerzas suficientes para seguir
adelante,
Gracias por existir.*

*A mi esposo por darme tanto amor y acompañarme en este camino tan
sacrificado y gratificante a la vez como lo es el ser un médico.*

AGRADECIMIENTOS

Ante todo, agradecer por tener una Revolución como la mía que ha permitido convertirme en ese Médico que soy hoy sin cobrarme un solo centavo.

A ese que por siempre será mi Comandante en Jefe Fidel Castro por pensar siempre en nuestro futuro y no desampararnos jamás.

A mis tutores por su enseñanza y entrega incondicional durante la conducción de la investigación.

A mis profesores por cada día dar lo mejor de sí en su empeño de enseñarnos y hacernos mejores profesionales cada día.

A todos mis compañeros de estudio, en especial a Yariel y Lisbeth por no vacilar jamás y brindarme siempre su ayuda cuando la necesite; gracias por ser tan buenos amigos.

Mi gratitud inmensa para todos y para los que no he mencionado que de una forma u otra han formado parte en la realización de este trabajo.

*A todos: **MUCHAS GRACIAS***

RESUMEN

Se realizó un estudio observacional analítico longitudinal prospectivo de cohorte para establecer la relación del periodo de adolescencia con la aparición de alteraciones materno-perinatales durante el embarazo en el Consultorio Médico de Familia de Santo Tomás en el Policlínico de Ceballos del municipio Ciego de Ávila durante un año transcurrido entre mayo/2018 y abril/2019. El universo de estudio quedó conformado por 11 gestantes adolescentes (expuestas), pareadas 1:1 con una muestra probabilística de no adolescentes (no expuestas). Se utilizaron métodos de investigación teóricos y empíricos, así como una hoja de recolección de datos. Se aplicó el Chi cuadrado para determinar la presencia de asociación estadística entre variables cualitativas y para las cuantitativas, la prueba U de Mann-Whitney. Predominaron las edades intermedias entre adolescentes y de adultez temprana en el resto de las gestantes, así como el nivel medio de escolaridad en ambos grupos de estudio. Las gestorragias, el RCIU, la anemia y la sepsis vaginal, resultaron las complicaciones más observadas en la adolescencia, sin diferencias significativas con las gestantes no expuestas a etapas tempranas del periodo reproductivo. El bajo peso al nacer se presentó por igual en ambos grupos de estudio. En los eventos relacionados al parto, la presentación pretérmino y el parto distócico predominaron en adolescentes sin estar relacionados estadísticamente y la mayoría de las grávidas no presentaron complicaciones perinatales con distribuciones homogéneas en ambos grupos de estudio.

Palabras clave: adolescencia, alteraciones materno-perinatales, comorbilidad, embarazo, estudios de cohorte.

ÍNDICE

Contenido	Pág.
Introducción-----	1
Objetivos-----	10
Marco teórico-----	11
Materiales y método-----	22
Resultados y discusión-----	28
Conclusiones-----	38
Recomendaciones-----	39
Referencias bibliográficas	
Anexos	

INTRODUCCIÓN

La adolescencia representa uno de los períodos más complejos e interesantes del crecimiento humano, debido a que el incremento en el tamaño de las estructuras corporales, que ha ocurrido de modo continuo desde el momento de la concepción, se combina con evidentes signos de maduración determinados por el inicio de la pubertad. La pubertad es un momento de importantes cambios antropométricos, hormonales y lipídicos, relacionados con el proceso de maduración sexual, que determinan entre otras cosas, las diferencias de los factores de riesgo cardiovascular entre adolescentes de uno y otro sexo.⁽¹⁾

Entre las etapas de la niñez y la adultez, ocurre la adolescencia como periodo que cronológicamente se inicia con los cambios puberales y se caracteriza por profundas transformaciones biológicas, psicológicas y sociales en el ser humano. Es definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como aquella persona cuya edad biológica está comprendida entre los 10 y 19 años. Se caracteriza por una percepción baja del riesgo, por la necesidad de reafirmación de la personalidad con búsqueda de independencia respecto a los padres y familiares, así como por una concesión de mayor independencia para la toma de decisiones en general y en la salud en lo particular.⁽²⁾

El embarazo a cualquier edad constituye un hecho biopsicosocial muy importante, pero más aún durante la adolescencia, momento de la vida que conlleva a una serie de situaciones que pueden atentar contra la salud de la madre y del hijo, además de las complicaciones futuras que puede generar. Uno de los problemas más complejos que actualmente confronta la reproducción humana se produce justamente en este período. El embarazo en la adolescencia, está 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.⁽³⁾

Cuando se habla de adolescencia se piensa en un período de transición entre el fin de la niñez y el inicio de la edad adulta. Es la etapa que marca el proceso de

transformación del niño en adulto, es un período de transición que tiene características peculiares. Se llama adolescencia, porque sus protagonistas son jóvenes que aún no son adultos pero que ya no son niños. Es una etapa de descubrimiento de la propia identidad (identidad psicológica, identidad sexual...) así como la de autonomía individual.⁽⁴⁾

El adelanto de la edad de la menarquía y el comienzo precoz de las relaciones sexuales, entre otros, podría explicar algunas de las razones por las que la sexualidad del adolescente puede resultar problemática. Entre las consecuencias de que haya una elevada proporción de adolescentes sexualmente activos, se encuentra la aparición de un problema de salud: el embarazo. Las madres que son adolescentes, al ser una población todavía en período de formación (física, emocional y sociocultural) deben dar un paso forzado hacia la madurez.⁽⁵⁾

Además, la maternidad no deseada en la adolescencia es un problema de salud personal, familiar y social, con consecuencias a largo plazo para la adolescente y la familia. La adolescencia es un periodo en el desarrollo biológico, psicológico, sexual y social inmediatamente posterior a la niñez y que comienza con la pubertad. Su rango de duración varía según las diferentes fuentes y opiniones médicas, científicas y psicológicas, pero generalmente se enmarca su inicio entre los 10 a 12 años, y su finalización a los 19 o 20 años.⁽⁵⁾

Para la OMS, la adolescencia es el período comprendido entre los 10 y 19 años y está comprendida dentro del período de la juventud -entre los 10 y los 24 años-. La pubertad o adolescencia inicial es la primera fase, comienza normalmente a los 10 años en las niñas y a los 11 en los niños y llega hasta los 14-15 años. La adolescencia media y tardía se extiende, hasta los 19 años. A la adolescencia le sigue la juventud plena, desde los 20 hasta los 24 años.⁽⁶⁾

El concepto de adolescencia surge en la modernidad, se comienza a hablar de adolescencia, cuando el hombre y la mujer modernos ponen su mirada en esta etapa de la vida donde la persona teniendo la capacidad física para asumir tareas de

adulto, aún no tiene la madurez suficiente para enfrentar la vida desde lo emocional como un adulto y adulta.⁽⁷⁾

Con rasgos evidentemente humanistas se aprecia la necesidad de cuidarnos en esta etapa de la vida, lo cual no quiere decir que en todas las sociedades actuales se proteja al adolescente del mismo modo. Son precisamente aquellas en las que existe un mayor desarrollo donde este período se prolonga más. La adolescencia se caracteriza por una serie de cambios orgánicos, funcionales y conductuales que se presentan al inicio de la pubertad.⁽⁷⁾

Estos cambios se acompañan de profundos ajustes de los y las adolescentes a un ambiente social, cultural y político cambiante, que en ocasiones puede serles hostil. Esto explica, que un gran número de adolescentes encuentren diversos grados de dificultad para adaptarse a esa etapa de su desarrollo, particularmente en lo relativo a su sexualidad.⁽⁸⁾

En las últimas décadas han ocurrido cambios importantes en el inicio de la pubertad y de la vida sexual de la población adolescente. Un número importante de estudios clínicos y epidemiológicos, así como encuestas de comportamiento, revelan que en los últimos años, la edad a la que se presenta la menarquia ha disminuido significativamente, el inicio de la vida sexual es más temprana y la edad a la primera unión es más tardía.^(9,10) Estas circunstancias de la vida contemporánea, condicionan la necesidad de que la población de adolescentes y jóvenes tenga acceso a información objetiva, oportuna, clara y veraz acerca de la sexualidad y desarrollo saludable, reproducción humana y salud sexual y reproductiva, que les permita prevenir embarazos no planeados y no deseados.⁽¹¹⁾

El embarazo adolescente o embarazo precoz es aquel embarazo que se produce en una mujer adolescente: entre la adolescencia inicial o pubertad –comienzo de la edad fértil– y el final de la adolescencia. La mayoría de los embarazos en adolescentes son considerados como embarazos no deseados.⁽¹²⁾

Este tema tiene gran importancia por su impacto en las nuevas generaciones ya que, como tendencia mundial el inicio de las relaciones sexuales ocurre cada vez a

edades más tempranas, y Cuba no escapa a esta situación, de ahí la importancia de que los adolescentes, tanto hembras como varones estén bien informados sobre el tema, y educarlos en valores que refuercen el amor y el respeto en las relaciones de pareja, y que la decisión de comenzar su vida sexual sea siempre sobre esa base, para que no ocurra un embarazo no deseado.⁽¹²⁾

En general el término también se refiere a las mujeres embarazadas que no han alcanzado la mayoría de edad jurídica, variable según los distintos países del mundo, así como a las mujeres adolescentes embarazadas que están en situación de dependencia de la familia de origen.⁽¹³⁾ En los países desarrollados los datos de embarazos en la adolescencia confirman una relación con los niveles educativos más bajos, las mayores tasas de pobreza, y otras situaciones de inestabilidad familiar y social.⁽¹⁴⁻¹⁶⁾

El embarazo adolescente en los países desarrollados se produce por lo general fuera del matrimonio y conlleva un estigma social en muchas comunidades y culturas. Por estas razones se realizan estudios y campañas con el objeto de conocer las causas y limitar el número de embarazos de adolescentes.⁽¹⁷⁾ Es reseñable que entre los países desarrollados de la OCDE, Estados Unidos y Reino Unido tienen el nivel más alto de embarazos en adolescentes, mientras que Japón y Corea del Sur tienen los más bajos.^(19,20)

La mayor tasa de embarazos de adolescentes en el mundo está en el África subsahariana, donde las mujeres tienden a casarse a una edad temprana. En Níger, por ejemplo, el 87 % de las mujeres encuestadas estaban casadas y el 53% había dado a luz a un niño antes de la edad de 18 años.^(21,22)

La realidad cubana, en materia de salud reproductiva en las adolescentes, se otorga una alta prioridad que se materializa con la implementación e integración de dos programas de salud rectorados por el Ministerio de Salud Pública, que se complementan uno con otro y donde se concretan acciones multidisciplinarias e intersectoriales. Estos programas son los siguientes:

1. El **programa nacional de planificación familiar y riesgo reproductivo**, con un perfil amplio, permite potenciar la información, orientación, educación y los servicios dirigidos a las mujeres y sus parejas, así como satisfacer las necesidades de adolescentes y jóvenes en salud reproductiva. Promueve además, el incremento de la participación del varón en la planificación familiar y en la salud reproductiva, y procura la disminución de todos los riesgos asociados a la reproducción e insiste en que aun cuando los factores de riesgo más comunes sean los biológicos, son de igual importancia los psicológicos y los sociales, dado a que todos deben verse y atenderse no solo en la mujer, sino en el padre, la familia y el entorno.⁽²³⁾
2. El **programa nacional de atención integral a la salud del adolescente**, vigente desde el año 2000 con un perfil específico, tiene trazado como objetivo general: incrementar la cobertura y mejorar la atención integral a la salud de los(as) adolescentes, con un enfoque de género, para contribuir a elevar el nivel de vida, redimensionando los recursos disponibles por el sistema de salud, con la participación activa de los(as) adolescentes, la familia, la comunidad y la cooperación intersectorial. Dentro de sus ocho objetivos específicos proyecta favorecer la incorporación de los(as) adolescentes como protagonistas de la formación de hábitos y estilos de vida saludables.⁽²⁾

En Cuba ha existido un cambio importante en la fecundidad. Entre 1972 y el 2013, la fecundidad en Cuba descendió de una Tasa General de Fecundidad de 3,77 a 1,58 hijos por mujer, una reducción de un 58 %, sin dudas la que puede calificarse de muy intensa, si se tienen en cuenta los niveles de los cuales se parte.⁽²²⁾ Si bien las tasas de fecundidad en la adolescencia y la proporción de nacidos vivos de madres adolescentes han disminuido sensiblemente, en este último caso en el marco del envejecimiento de la población en edad reproductiva, los niveles registrados deberían ser menores acorde a la fase de la transición de la fecundidad por la que transcurre el país.⁽²⁴⁾

La tasa específica de fecundidad en las adolescentes en Ciego de Ávila fue de 140,6 en 1975 y se redujo a un 52,5 en 2004; existiendo así un 53 % de cambio. En el

Policlínico de Ceballos se han encontrado un número importante de gestantes adolescentes y va en incremento por lo que se hace necesario el estudio de acuerdo a esta problemática, y con esto pretender demostrar que la adolescencia y el embarazo no pueden coincidir ya que esto trae consigo un grupo de riesgos y complicaciones no solo sociales y económicas, sino también físicas, tanto para el recién nacido como para la adolescente y estas son solo algunas de las tantas causas por lo que se hace tan necesaria la actual investigación.⁽²⁵⁻²⁸⁾

En 1981 los(as) adolescentes en Cuba constituían el 23,9 % de la población total, valor que ha sufrido una reducción importante, dada a la propia dinámica demográfica del país. En el año 2000 esta relación llegó a 13,7 % con un 70 % de ellos residentes en zonas urbanas, sin diferencias importantes entre el sexo.⁽²⁾ Sin embargo, al cierre del año 2013, descendió a un 12,5 % con un 48,4 % de adolescentes del sexo femenino y en la provincia Ciego de Ávila fue de 12,3 % respecto a su población total, con un 48,5 % de adolescentes femeninas.⁽²⁹⁾

El manual de procedimientos para la atención a la salud sexual y reproductiva de las mujeres en Cuba, en el nuevo enfoque implementado en 2015, incluye cinco acciones a priorizar en los servicios de salud. Ellas son: cambios en los procesos de atención a grupos específicos, prevenir a toda costa embarazos en menores de 20 años, favorecer los embarazos en los grupos que se priorizan (de 20 a 30 años), proporcionar elevada seguridad en el embarazo de mujeres después de los 30 años y atenuar o eliminar los riesgos con celeridad, mientras tanto sugerir el uso de métodos anticonceptivo transitorios. Dentro de estos grupos a priorizar este manual define en primer lugar a las adolescentes.⁽³⁰⁾

Según la encuesta nacional de fecundidad, realizada en 2009, en ambos sexos se ha producido un rejuvenecimiento de la edad de iniciación sexual y de la primera unión. Es decir, es posible afirmar que las cohortes más jóvenes están iniciando su vida sexual algo más jóvenes que como lo hicieron sus padres 30 años antes. Este resultado confiere singular importancia a la ratificación de la compañía de educación sexual como una de las vías de preservar la salud sexual y reproductiva de la población joven.⁽³¹⁾

En el año 2013 nacieron en Cuba un total de 6670 niños con menos de 2500 gramos, de ellos 1447 son producto de embarazos en adolescentes, con 44 de ellos en menores de 15 años.⁽²⁹⁾ Aunque la mayoría de los adolescentes cubanos están escolarizados, por decreto de obligatoriedad de obtener el noveno grado y la asistencia a la escuela con ese fin,⁽²⁾ en el año 2013 se produjeron 1283 partos en adolescentes, de ellos 437 fueron en menores de 15 años, la mayoría (301) fueron madres solteras.⁽²⁹⁾

En el año 2008, no obstante a alcanzar un 77,6 % de cobertura anticoncepcional total, se realizaron un total de 74843 abortos inducidos; lo cual representó una tasa de 23,0 por cada 1000 mujeres entre 12 y 49 años de edad.⁽³²⁾

Según la encuesta nacional de fecundidad del 2009, en Cuba se produjeron un promedio de 162 embarazos, abortos provocados y regulaciones menstruales en la población de 15 a 54 años. De ellos, el aborto provocado representó un promedio de 0,40 y las regulaciones menstruales un 0,26. Con relación a los anticonceptivos, sólo el 4,3 % de las adolescentes femeninas menores de 15 años los utilizó en las primeras relaciones sexuales.⁽³¹⁾

En la provincia Ciego de Ávila, según consta en los registros estadísticos del Hospital General Provincial Docente “Dr. Antonio Luaces Iraola”, se realizaron en el año 2014 un total de 310 abortos provocados a adolescentes entre 15 y 18 años, y 31 a adolescentes entre 12 y 14 años. En los años 2015 y 2016, el número de abortos provocados aumentó pues en el año 2015 se realizaron 431 en las edades entre 15 y 18 años y 36 en las edades entre 12 y 14 años; y en el año 2016, se efectuaron 422 en el grupo de 15 a 18 años y 40 en de 12 a 14 años.⁽³³⁾ Este Hospital da cobertura atencional al territorio sur provincial que incluye al municipio Ciego de Ávila al cual pertenece el Policlínico Ceballos, por tanto, una proporción de estos abortos son de adolescentes femeninas de este policlínico.

Novedad científica: el desarrollo científico y tecnológico en general, y de las investigaciones en las Ciencias Médicas, en particular, posibilitan analizar la comorbilidad materno-perinatal que se presentan en las gestantes adolescentes

como desencadenantes de daños que repercuten en la morbimortalidad materno-infantil. Lo novedoso de esta investigación radica en evaluar cómo repercute la adolescencia como factor de riesgo socio biológico en la salud materno infantil del CMF de la comunidad rural de Santo Tomás, perteneciente al Policlínico Ceballos en el municipio Ciego de Ávila y a partir de ello, implementar estrategias de intervención educativa para contribuir en un largo plazo con la reducción de la morbimortalidad por esta causa.

Aporte: el principal aporte está relacionado con demostrar la relación entre la gestación en la adolescencia como factor de riesgo y alguna comorbilidad materno-perinatal en el CMF de la comunidad rural de Santo Tomás, perteneciente al Policlínico Ceballos en el municipio Ciego de Ávila.

1. **Desde el punto de vista económico:** disminuirán los ingresos y la estadía hospitalaria y en los hogares maternos. Todo lo anterior se logrará en la medida que se incrementen las actividades promocionales y preventivas en las adolescentes para evitar el embarazo en este periodo de la vida, además se reducirán los gastos en complementarios.
2. **Desde el punto de vista social:** contribuirá a demostrar la asociación del embarazo en la adolescencia como factores de riesgo de alguna comorbilidad materno-perinatal y a partir de ahí, se podrán realizar acciones educativas para su prevención. También sus resultados servirán de punto de partida para realizar otras investigaciones, sobre intervenciones educativas.

El aumento del embarazo en la adolescencia en la provincia Ciego de Ávila, y la morbimortalidad materno-infantil en particular en el municipio Ciego de Ávila y en el área atendida por el Policlínico Ceballos, plantea la necesidad de profundizar y establecer la asociación entre la comorbilidad que más está incidiendo. Por ello, el problema científico de esta investigación gira en torno a esta problemática.

Problema Científico: ¿Cómo influye el embarazo en la adolescencia en la aparición de comorbilidad materno-perinatal en gestantes adolescentes pertenecientes a los

Consultorios Médicos de Familia de la comunidad rural de Santo Tomás del Policlínico Ceballos en el municipio Ciego de Ávila en el periodo de un año?

Definición de las variables:

Variable dependiente. **Comorbilidad materno-perinatal:** se caracterizan por la aparición de enfermedades y otras situaciones en la adolescente y el producto de la concepción durante la gestación, alrededor del parto y posterior en el neonato.

Variable independiente. **La adolescencia en la mujer como factor de riesgo en la gestación:** es un estado caracterizado por un periodo de insuficiente crecimiento y desarrollo biopsicosocial de la mujer entre los 11 y los 19 años para mantener una gestación normal cuya repercusión desfavorable desencadena diferentes enfermedades y otras situaciones en ella y en el producto de la concepción.

OBJETIVOS

Objetivo General

Evaluar la posible asociación entre el embarazo en la adolescencia y la comorbilidad materno-perinatal en los Consultorios Médico de Familia de la comunidad rural de Santo Tomás, perteneciente al Policlínico Ceballos del municipio Ciego de Ávila; entre mayo de 2018 y abril de 2019.

Objetivos Específicos

1. Caracterizar la población de estudio según algunas variables sociodemográficas de interés.
2. Establecer la posible asociación entre el embarazo en la adolescencia y la aparición de alteraciones materno-perinatales entre las cohortes en estudio.

MARCO TEÓRICO

La deconstrucción del concepto salud reproductiva y su formulación como salud sexual y reproductiva no ha estado libre de tensiones en las ciencias médicas. Los debates científicos y legales versan acerca de la regulación de la fecundidad mediante la planificación familiar, la participación del Estado en la formulación de políticas, la defensa del derecho de las personas a tomar decisiones libres e informadas, el papel del Estado en asegurar la información y acceso a métodos de control de la fecundidad, el derecho de las mujeres a la integridad física y a decidir por su cuerpo, la necesidad de que las decisiones reproductivas se tomaran considerando las necesidades de los futuros hijos y las responsabilidades de las personas y las parejas con su comunidad.⁽³⁴⁾

Por lo antes expuesto, es necesario desarrollar una amplia revisión de la literatura, sobre todo por lo que representa el embarazo en la adolescencia dentro del riesgo reproductivo preconcepcional.

La adolescencia en el ciclo de vida humano

La adolescencia es un período de transición entre la niñez y la adultez. Su definición no es fácil, puesto que su caracterización depende de una serie de variables: ubicación ecológica, referidos al medio ambiente natural, estrato socioeconómico, origen étnico y período de la adolescencia, entre otros. En el área cognitiva el adolescente debe ser capaz de examinar los propios pensamientos, formular hipótesis, diferenciar lo posible de lo probable y planificar.^(28,35,36)

En el área afectivo-social el adolescente debe lograr un desprendimiento de su núcleo familiar, alcanzar la autonomía y, además, dirigir y controlar su conducta de acuerdo a su propia escala de valores. La autoestima en esta etapa es central, ya que el adolescente muestra una extraordinaria sensibilidad en relación con el concepto de sí mismo. Otra de las tareas en esta área es la de alcanzar la identidad sexual y búsqueda de pareja, cuya elección le llevará a constituir su núcleo familiar en etapas posteriores.^(28,35,36)

Por otra parte la OMS define como adolescencia al período de la vida en el cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida la independencia socio económica y fija sus límites entre los 12 y 19 años. Es considerada como un periodo de la vida libre de problemas de salud pero, desde el punto de vista de los cuidados de la salud reproductiva, el adolescente es, en muchos aspectos, un caso especial.^(28,35,36)

En muchos países, los adolescentes llegan a representar del 20,00 al 25,00 % de su población. En 1980 en el mundo había 856 millones de adolescentes y se estima que en el 2000 llegarán a 1,1 millones. La actividad sexual de los adolescentes va en aumento en todo el mundo, incrementando la incidencia de partos en mujeres menores de 20 años.⁽³⁷⁾

Por los matices según las diferentes edades, a la adolescencia se la puede dividir en tres etapas: **adolescencia temprana, adolescencia media y adolescencia tardía.**^(28,35,36) Estas etapas se describen en los tres párrafos siguientes.

La **adolescencia temprana** comprendida entre 10 a 13 años, biológicamente, es el periodo peripuberal con grandes cambios corporales y funcionales como la menarquia. Psicológicamente el adolescente comienza a perder interés por los padres e inicia amistades básicamente con individuos del mismo sexo. Intelectualmente aumentan sus habilidades cognitivas y sus fantasías, no controla sus impulsos y se plantea metas vocacionales irreales. Personalmente se preocupa mucho por sus cambios corporales con grandes incertidumbres por su apariencia física.^(28,35,36)

La **adolescencia media** entre 14 y 16 años que es la adolescencia propiamente dicha, cuando ha completado su crecimiento y desarrollo somático; psicológicamente es el período de máxima relación con sus padres, compartiendo valores propios y conflictos; para muchos autores es la edad promedio de inicio de experiencia y actividad sexual. En este periodo el adolescente se sienten invulnerables y asumen conductas omnipotentes casi siempre generadoras de riesgo y son muy preocupados

por apariencia física, pretenden poseer un cuerpo más atractivo y se manifiestan fascinados con la moda.^(28,35,36)

La **adolescencia tardía** comprendida entre 17 y 19 años cuando casi no se presentan cambios físicos y aceptan su imagen corporal. Es cuando se acercan nuevamente a sus padres y sus valores presentan una perspectiva más adulta. Adquieren mayor importancia las relaciones íntimas y el grupo de pares va perdiendo jerarquía y desarrollan su propio sistema de valores con metas vocacionales reales.^(28,35,65)

Es importante conocer las características de estas etapas de la adolescencia, por las que todos pasan con sus variaciones individuales y culturales, para interpretar actitudes y comprender a los adolescentes especialmente durante un embarazo sabiendo que una adolescente que se embaraza se comportará como corresponde al momento de la vida que está transitando, sin madurar a etapas posteriores por el simple hecho de estar embarazada; son adolescentes embarazadas y no embarazadas muy jóvenes.^(28,35,36)

Crecimiento y desarrollo en la adolescencia

En los adolescentes hay un periodo de transición y se va a caracterizar por la presencia de cambios biológico, psíquicos, comportamiento social del joven. Los cambios biológicos se deben al aumento de la secreción de hormonas. Va a aparecer en los jóvenes los caracteres sexuales secundarios, crecimiento y desarrollo de los músculos, sistema respiratorio, circulatorio, gónadas, órganos reproductores.^(28,35-37)

En la mujer el proceso de crecimiento se inicia entre los 9 y 10 años, alcanzando los máximos valores entre 12 y 13 años. En los varones se inicia entre los 14 y 15 años. Los profesionales de la salud tienen a cargo la evolución biológica de los adolescentes que le va a permitir, conocer de una forma amplia el crecimiento normal, diversidad de factores que influyen en el crecimiento, entre ellos tenemos los ambientales y las condiciones nutricionales.^(28,35-37)

La evaluación integral del crecimiento y desarrollo en esta etapa de la vida se basa en los cuatro aspectos siguientes: elaboración de una buena historia clínica, evaluación antropométrica, examen paraclínico e interpretación de los hallazgos para la orientación diagnóstica. El profesional de salud para conocer el crecimiento de estos jóvenes adolescentes debe tener dimensión corporal, peso, tallas, edad y su composición corporal.^(28,35-37)

Embarazo en la adolescencia

En términos de salud, bienestar y desarrollo humanos, la gestación y los primeros años resultan determinantes. Las células germinales primordiales, el embrión y el feto son altamente susceptibles a la desregulación epigenética por efecto de factores ambientales con afectaciones que pueden manifestarse tanto en edades tempranas como en la adultez. El desarrollo físico, mental y social prenatal y en los primeros años de vida es la base de la salud y el bienestar futuros, y depende, no solo de los cuidados de los padres, sino del acceso que proporciona la sociedad a condiciones de vida saludables y servicios de salud de calidad.⁽¹⁾

El embarazo en la adolescencia pone fin a esta etapa de la vida de los jóvenes pues provoca que la adolescente se desvincule de los estudios, también va rechazando el grupo social con el que se relacionaba, puede crear problemas en la casa con sus padres por ellos no estar de acuerdo con este embarazo, puede traerle consecuencias económicas negativas y hasta consecuencias para la propia vida de la madre y el futuro hijo, por no tener un desarrollo biológico adecuado.^(28,35-37)

El conocimiento sobre la sexualidad en la adolescencia es muy importante para los jóvenes, ya que pueden evitar un embarazo no deseado, tema que debía ser considerado por los adolescentes pues se evitan así consecuencias desfavorables que atentan contra la evolución de su etapa.^(37,38)

Se conoce como embarazo al período de tiempo comprendido que va, desde la fecundación del óvulo por el espermatozoide, hasta el momento del parto. En este se incluyen los procesos físicos de crecimiento y desarrollo del feto en el útero de la

madre y también los importantes cambios que experimenta esta última, que además de físicos son morfológicos y metabólicos.^(37,38)

El embarazo humano dura un total de 40 semanas, equivalente a 9 meses calendario. En las primerizas, como se denomina a las mujeres que darán a luz por primera vez y en las que no, pero existen menos probabilidades, el primer trimestre de embarazo resulta ser el más riesgoso por la posibilidad de pérdida del mismo. En tanto, una vez ya en el tercero comienza el punto de viabilidad del feto, esto significa que el bebé ya es capaz de sobrevivir fuera de útero sin necesidad de soporte médico.⁽³⁶⁾

Sexualidad en la adolescencia

La sexualidad se encuentra presente durante toda la existencia humana, pero en la adolescencia se vive y manifiesta de manera un poco diferente a como se expresa en otras etapas de la vida. En este período surgen sensaciones e impulsos de tipo sexual que se encuentran relacionados con los cambios biológicos que enfrentan todas y todos los adolescentes. Los cambios hormonales provocan que se tengan deseos y fantasías eróticas, que se quiera sentir placer físico a través del propio cuerpo y del cuerpo de otros, especialmente de quien te gusta.^(35,36)

Estas sensaciones generalmente te toman por sorpresa, por eso la angustia, el temor, la incertidumbre y la confusión revolotean en tu cabeza, más aún si no se tiene la información necesaria para comprender mejor lo que te está pasando, o si no se cuenta con personas confiables que te puedan escuchar y orientar seriamente. Es por eso la importancia de la presente monografía para orientar a los adolescentes con respecto a la materia y así contribuir a la orientación del mismo.^(35,36)

A nivel internacional en la Republica Dominicana en 2008 las estadísticas muestran que la proporción de madres adolescentes aumentaron un 10,00 % anual. En la Universidad de Sao Paulo en un estudio realizado en 360 estudiantes solteras en relación al uso de métodos anticonceptivos, concluyeron que ninguna uso anticonceptivos por falta de información precisa y tiempo.⁽³⁹⁾

En ese mismo orden estudiantes de esa casa de estudio colaboradores, realizaron un trabajo referidos al conocimientos que tienen las adolescentes sobre conducta sexual y anticonceptivos, concluyeron que 84 % sabía como quedar embarazada; pero sólo el 28 % sabía y conocía sobre anticonceptivos. Por otro lado, el 38 % creían que podían embarazarse en baños y 21 % en piscinas. El total desconocía el riesgo de embarazos en determinados periodo del ciclo menstrual.⁽³⁹⁾

Por su parte la Organización Mundial de la Salud (OMS) en estudios realizados sobre el comportamiento sexual del adolescente identificó en trece mil jóvenes de 11 países: Benin, Bunkina, Faso, Costa Marfil, Kenia, Malawi, Senegal, Tanzania, Tago, Uganda, Zambia y Zimbawe, fueron consultados acerca de su primera experiencia sexual. A raíz de los resultados obtenidos por este organismo internacional, los expertos proponen que también es necesario preparar a las familias y a los adultos responsables, así como adaptar los servicios sanitarios de modo que puedan ser utilizados muy pronto por los jóvenes.⁽³⁸⁾

En resultados de investigaciones revisadas se revela que los jóvenes no tienen sus primeras relaciones sexuales con un desconocido, sino con un amigo y no utilizan anticonceptivos. Por otra parte, un tercio de los encuestados piensan que los anticonceptivos pueden conllevar a la esterilidad. También se identificó que una vez embarazada la adolescente, el varón evade su responsabilidad y la joven recurre casi siempre al aborto. Por otro lado, el 20,00 % de las adolescentes embarazadas declararon haber contraído una infección de transmisión sexual, el 25,00 % fueron expulsadas del seno de su familia y de las escuelas.⁽³⁸⁻⁴²⁾

En Latinoamérica el embarazo en adolescentes continúa siendo un problema de salud alarmante. Estudios revelan que es la única región del mundo en el que, en los últimos 30 años ha aumentado el promedio de maternidad juvenil y que por cada mil embarazos registrados, 73,10 % se dan en jóvenes entre 12 y 19 años de edad. Aunque el análisis no puntualiza las cifras por nación. Una revisión de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) señala que Venezuela tiene un porcentaje de evolución del 20,50 % en el índice de embarazo en adolescentes, superior al de países como Brasil con un 18,00 % y Colombia con un 16,00 %.^(40,41)

El embarazo en adolescentes pone en riesgo la vida de la madre debido a que su organismo todavía no está preparado para dar vida a otro ser. Esto se refiere en que algunos casos las madres adolescentes no se alimentan bien y por esta razón, pierden vitaminas, llegan a estados de desnutrición que ponen en riesgo su salud y la del bebé. Por otro lado, las madres adolescentes dejan las clases y deben trabajar desde temprana edad para mantener a su hijo y sienten que sus sueños son difíciles de cumplir.^(40,41)

Son innumerables las causas que explican el embarazo en la adolescencia. Están la soledad y la tristeza de una chica que se siente abandonada y no querida. O la joven que piensa que no responde al modelo de mujer que los muchachos buscan y aman. Si inician una relación, es probable que la tomen como la única y definitiva oportunidad de su vida. Entonces se hunden sin límites ni condiciones en el deseo del otro, sin tomar en cuenta los riesgos y sin evitarlos. Como si no les importase nada.^(41,42)

El maltrato, la violencia doméstica, la inestabilidad de la pareja o el acoso sexual por parte de algún familiar puede transformarse en causas suficientes para que una chica busque relaciones errantes y sin futuro como una manera de librarse de sus frustraciones, decepciones y angustias.⁽³⁹⁾

La pobreza explica numerosos embarazos. Por ejemplo, en los sectores marginales, la mujer tiende a conformar pareja definitiva entre los 15 y los 17 años como un intento de mejorar las condiciones de precariedad en las que vive; ella sueña que casándose, todo será mejor. Pero, a causa de la crisis económica, numerosas jóvenes son abandonadas por su pareja inicial y se ven obligadas a estructurar otra relación que siempre exige más hijos y que, con frecuencia, no termina por ser la última sino, por el contrario, el inicio de una cadena de relaciones, muchas de las cuales suponen nuevos embarazos y partos, destinados a deteriorar aún más la condición de la mujer y la de sus hijos. En este proceso, una mujer de 20 años puede tener cuatro o más hijos y, probablemente, un mayor número de embarazos que terminen en abortos espontáneos o provocados.⁽³⁹⁾

El embarazo en la adolescencia no se explica únicamente por falta de educación académica. De 200 casos de adolescentes embarazadas, más de la mitad tenía instrucción secundaria. Se trata de una común desinformación en torno a lo que es y significa la adolescencia en la vida dentro de los valores y contradicciones que caracterizan a la sociedad contemporánea. Desconocen los derechos de la mujer. No poseen un saber adecuado sobre su cuerpo, la salud reproductiva y la necesidad de valorar el sentido y la dimensión de su presencia social.^(42,43)

El embarazo en la adolescencia es un impacto de considerable magnitud en la vida de los jóvenes, en su salud, en la de su hijo, su pareja, su familia, ambiente y la comunidad en su conjunto.⁽⁴²⁾

Complicaciones obstétricas en las gestantes adolescentes

Son varias las complicaciones que pueden presentarse. Dentro de las más frecuentes se pueden citar: hipertensión gestacional, parto prematuro, anemia, desproporción céfalo pélvica, distocias mecánicas y dinámicas, parto prolongado y difícil, muerte, abortos provocados y sus complicaciones, perforaciones uterinas, hemorragias, infecciones aumento de la morbimortalidad materno-infantil, prematuridad, bajo peso al nacer y enfermedades congénitas.⁽³⁵⁻³⁸⁾

Los bebés de madres adolescentes tiene una alta tasa de mortalidad al igual que pueden experimentar malformaciones congénitas, problemas de desarrollo, retraso mental, ceguera, epilepsia o parálisis cerebral. Estos niños experimentan más problemas de conductas y funcionamiento intelectual disminuido.⁽⁴³⁻⁴⁶⁾

Otra consecuencia del embarazo en edades tempranas es el riesgo de aborto y sus complicaciones. Por lo general, las adolescentes acuden después de una gestación de más de 12 semanas. Las causas por las que se producen estos retrasos son muy variadas. En primer lugar, existe un desconocimiento de los signos de embarazo, una dificultad de comunicárselo a la familia, una falta de posibilidades económicas, deseos expresados de tener el hijo y una ambivalencia en relación con este hecho, a pesar de las dificultades, falta de consultas apropiadas donde consejo y la solución les puedan ser facilitados. La reacción depresiva de la adolescente en curso de su

embarazo puede ser supremamente fuerte que puede llevarla al suicidio o intento de suicidio teniendo en cuenta que esta es la segunda causa de muerte en esta edad después de los accidentes.⁽³³⁻⁴⁶⁾

Ser madre a temprana edad no es solo un problema social, económica y familiar, sino también médico. Una púber y adolescente que no ha llegado al tope de su desarrollo físico tiene mayores probabilidades de presentar complicaciones durante la gestación y el parto. El embarazo en la adolescencia es casi sinónimo de morbilidad y mortalidad tanto para la madre debido a problemas tales como anemia grave, toxemia (hipertensión inducida por el embarazo), placenta previa (la placenta crece más abajo del útero y cubre parte o todo el cuello uterino) o un embarazo prematuro.⁽⁴³⁻⁴⁶⁾

En cuanto al bebé, éste tiene de dos a seis posibilidades más a nacer con un peso más bajo que el de una madre mayor de 20 años. Esto debido a la prematurez y al retraso del cuello intrauterino que hace que el feto no se pueda desarrollar de manera normal.⁽⁴³⁻⁴⁶⁾

Es inevitable mencionar países como Cuba, el cual viene realizando importantes reformas de su sistema de salud desde los años 60, como parte fundamental de las transformaciones del período revolucionario. Ello como expresión de la creación del modelo de medicina familiar que da cobertura al 100 % de la población del país, la Misión Barrio Adentro, por acuerdo entre los países de Cuba y Venezuela.^(36,37)

Paradójicamente Venezuela, uno de los países más ricos del continente, tiene una realidad de extrema pobreza, identificada desde el principio por la labor realizada de conjunto por profesionales cubanos y venezolanos, encontrándose un cuadro de salud heterogéneo, caracterizado entre otras por alta incidencia de enfermedades diarreicas, respiratorias, consumo de tóxicos (alcohol, drogas) y embarazadas adolescentes, dichos procesos morbosos afectan la calidad de vida de los individuos.^(36,37)

La gestación representa un problema para las adolescentes, dado que pudiera desencadenar limitaciones educativas, rechazo en el entorno familiar, mayor

posibilidad de abortos inducidos, entre otras dificultades. La literatura presenta decenas de factores que predisponen al embarazo, desde una perspectiva multicausal.^(36,37)

En el ámbito individual se mencionan: inicio temprano de vida sexual, generalmente antes de los 16 años, y sin utilización de anticonceptivos en la primera relación sexual, así como adicciones y toxicomanías, otros factores son: haber sido víctima de abuso sexual, estar en unión libre y el deseo expreso de embarazarse.^(36,37)

En cuanto a la educación, se ha identificado una baja escolaridad, aversión a la escuela y su abandono, además se señala una menor educación sexual en las adolescentes que se han embarazado. Otro de los factores de riesgo es la repetición de patrones: madres y hermanas que se embarazaron durante la adolescencia, adolescentes que tienen un solo padre o que experimentan la ausencia de ambos; disfuncionalidad en las familias, hacinamiento, la baja escolaridad de ambos padres, adicciones y toxicomanías en algún miembro de la familia.^(36,37)

A pesar de que se encontraron un número considerable de trabajos que hacen mención al embarazo en la adolescencia, no se aprecia una estrategia universal, ni a nivel de los países, que conlleve a la solución de esta problemática.^(36,37)

Este trabajo se centra en la problemática del embarazo adolescente, como una voz de alerta frente a su alarmante frecuencia, y con la esperanza se contribuir a una más sólida orientación educativa en los hogares y en las escuelas ante las responsabilidades de la sexualidad y de la salud reproductiva.

Actualmente el embarazo en la adolescencia continúa siendo un obstáculo en el buen desenvolvimiento de la sociedad. Por tanto, identificar sus consecuencias contribuirá a buscar soluciones a este problema de salud.

Ante el problema de investigación planteado anteriormente y la revisión bibliográfica que se sustenta en este marco teórico, se plantea la siguiente **hipótesis de investigación**: al identificar el periodo de adolescente como comienzo de estado de gravidez y evaluar las complicaciones materno-perinatales que pudieran surgir en función del tiempo, se pudiera evidenciar la relación de estas últimas y la

adolescencia en gestantes pertenecientes a los Consultorios Médico de Familia de la comunidad rural de Santo Tomás perteneciente al Policlínico Ceballos del municipio Ciego de Ávila.

MATERIALES Y MÉTODOS

Aspectos generales del estudio

Para la investigación y actualización teórica sobre el embarazo en la adolescencia y sus consecuencias en la salud materno-infantil, se realizó una revisión bibliográfica exhaustiva a través de búsquedas sistemáticas en la literatura científica impresa en revistas, libros, tesis de especialistas, maestrías y doctorados, así como en las principales bases de datos digitales relacionada con la temática a través de los buscadores específicos.

Diseño Metodológico

Se realizó un estudio observacional analítico longitudinal prospectivo de cohorte para establecer la relación del periodo de adolescencia con la aparición de alteraciones materno-perinatales durante el embarazo, en gestantes del CMF de la comunidad rural de Santo Tomás, perteneciente al Policlínico de Ceballos en el municipio Ciego de Ávila y la provincia del mismo nombre durante el periodo de un año, transcurrido entre mayo de 2018 y abril de 2019.

Universo y muestra

Para la realización del estudio se seleccionó una gestante adolescente (expuesta) por cada gestante no adolescente (no expuesta) a la condición de estudio en cuestión, de forma pareada 1:1. Quedando definida como **expuestas** las gestantes cuyas edades biológicas coincidieron con el periodo del ciclo vital de la adolescencia entre 11 y 19 años y las **no expuestas** las gestantes cuyas edades biológicas no se ajustaron al periodo antes señalado.

Se trabajó con el universo conformado por 11 gestantes adolescentes (expuestas) por cumplir con los criterios de inclusión y ninguno de exclusión. Las gestantes no expuestas fueron seleccionadas por un muestreo probabilístico aleatorio simple, escogidas por orden cronológico consecutivo en la medida que fue captado su embarazo en el mismo CMF, a partir de iniciado el estudio hasta completar el número de 11.

Criterios de inclusión

1. Gestantes que dieron su consentimiento para participar en el estudio. En el caso de las menores de 18 años que éste fuera otorgado por el tutor legal (ver anexo I).
2. Que residieran permanentemente en el área residencial que atiende el CMF en el momento de iniciar estudio.

Criterios de exclusión

1. Gestantes o padres o tutores con retraso mental que le impidiera responder de forma coherente dar el consentimiento informado para la investigación.

Criterios de salida

1. Gestante que se trasladara del área del CMF durante el tiempo de atención y seguimiento.

Métodos del nivel teórico

- Histórico-Lógico: se utilizó para conocer el desarrollo histórico del tema de investigación y así poder argumentar acerca del estado actual del mismo. Además para lograr un acercamiento al conocimiento sobre el tema y cómo se han comportado las estadísticas en los últimos años en el mundo, Cuba y Ciego de Ávila.
- Analítico-Sintético: se analizaron, compararon y confrontaron la información obtenida en las diferentes literaturas existentes relacionadas con el problema científico. Mediante el análisis se pudo conocer que existe una comorbilidad asociadas al embarazo en la adolescencia. En la síntesis se unificaron los datos obtenidos de las diferentes fuentes para comparar con los resultados de la actual investigación y con ello, llegar a las conclusiones.
- Inductivo-Deductivo: en función de realizar un razonamiento orientado de lo general a lo particular y de allí a lo específico en los diferentes momentos de la investigación o viceversa.
- Triangulación: este método permitió integrar e interrelacionar los resultados publicados con los obtenidos y a la vez, verificar la veracidad de los datos

obtenidos en la investigación actual desde las diversas fuentes secundarias de investigación utilizadas.

Métodos del nivel empírico

Como fuente de información se utilizó una planilla de recolección de datos (ver anexo II). Los datos fueron obtenidos de la revisión de varias fuentes secundarias de información como documentos oficiales del sistema de salud. Estas fuentes fueron: la Historia de Atención Obstétrica (tarjetón de la embarazada) y las Historias Clínicas Hospitalarias de la madre y del neonato, así como el libro de registro de partos del Hospital General Docente “Dr. Antonio Luaces Iraola” de Ciego de Ávila. Lo anterior permitió recopilar fidedignamente la información acerca de las gestantes del estudio y controlar los sesgos de la investigación.

Mediante la observación científica como fuente primaria de investigación se logró identificar e interpretar la realidad del proceso estudiado durante el desarrollo de la gestación desde la captación hasta el momento del parto y el puerperio, así como el seguimiento del recién nacido, y de esta forma, cumplir con el objetivo general de la investigación.

La aplicación del método clínico, como método de la profesión, permitió arribar al diagnóstico y el tratamiento de las complicaciones materno-perinatales.

Los resultados obtenidos se presentaron en tablas diseñadas al efecto, en las que se resumió la información con el fin de abordar cada objetivo específico planteado. Luego se realizó un análisis del fenómeno estudiado y su comparación con los resultados obtenidos en otras investigaciones, que permitió, a través del proceso de síntesis y generalización, arribar a conclusiones.

Definición operacional de las variables en estudio

Variable	Tipo	Operacionalización		Indicador
		Escala	Descripción	
Variables socio-demográficas				
Edad de inicio de la gravidez	Cuantitativa continua	De 11-13 años De 14-16 años De 17-19 años De 23-25 años De 26-28 años De 29-31 años De 32-35 años De 35 o más años	Según años cumplidos	Número y porcentaje según grupos de edades
Nivel de escolaridad	Cualitativa continua	Primaria terminada Secundaria terminada Preuniversitario Universitario	Según nivel de escolaridad alcanzado.	Número y porcentaje según grupos de edades
Variables de comorbilidad materna				
Gestorragia	Cualitativa nominal dicotómica	Sí No	Si hubo presencia o no del trastorno	Número y porcentaje según grupo de pertenencia
Retardo e el crecimiento intrauterino	Cualitativa nominal dicotómica	Sí No	Si hubo presencia o no del trastorno	Número y porcentaje según grupo de pertenencia
Anemia	Cualitativa	Sí	Si hubo	Número y

	nominal dicotómica	No	presencia o no del trastorno	porcentaje según grupo de pertenencia
Hipertensión gestacional	Cualitativa nominal dicotómica	Sí No	Si hubo presencia o no del trastorno	Número y porcentaje según grupo de pertenencia
Sepsis vaginal	Cualitativa nominal dicotómica	Sí No	Si hubo presencia o no del trastorno	Número y porcentaje según grupo de pertenencia
Variables de comorbilidad perinatal				
Tiempo de gestación al parto	Cuantitativa continua	Pretérmino A término Postérmino	Según el tiempo en el que se presentó el parto	Número y porcentaje según grupo de pertenencia
Tipo de parto	Cualitativa nominal dicotómica	Eutócico Distócico	Según el tipo de parto que tuvo	Número y porcentaje según grupo de pertenencia
Peso del recién nacido	Cuantitativa continua	Menos 2500 2500-3999 4000 o más	Según lo que peso al nacer	Valor absoluto y mediana
Complicaciones en el neonato	Cualitativa nominal politómica	Bronconeumonía Broncoaspiración Traumatismos del parto Asfixia Otras	Si hubo presencia o no de alguna de estas complicaciones	Número y porcentaje según grupo de pertenencia

Se confeccionó una base de datos en el programa Excel para sintetizar toda la información que luego fue resumida en frecuencias absolutas y porcentajes.

Para el análisis de las variables socio-demográficas se utilizó estadística descriptiva de mediana y desviación estándar

Para describir la relación de adolescentes grávidas y alteraciones materno-perinatales se realizó en una tabla de contingencia de todos los factores de riesgo que incidieron o no en la aparición de la comorbilidad estudiada.

Para el análisis de los datos se utilizó el programa Statistic versión 8 (para Windows de StatSoft Inc.) para determinar si fue significativa cada variable con un nivel de significación de $\leq 0,05$. Para esto se utilizó la técnica de independencia basada en la distribución de Chi cuadrado para determinar la presencia de asociación estadística entre variables cualitativas. Para la comparación de medias en variables cuantitativas se realizó la prueba U de Mann-Whitney para el caso de que las variables no sigan una distribución normal. Se previó hacer un cálculo de riesgo relativo en caso que fuera necesario.

Consideraciones éticas

Para la realización de este estudio se tuvieron en cuenta los principios éticos que rigen las investigaciones biomédicas (Declaración de Helsinki) y que se aplican en Cuba (Autonomía, Beneficencia, No Maleficencia y Justicia). El protocolo de investigación fue presentado, revisado y aprobado por el Comité Ético de la policlínica de Ceballos en Ciego de Ávila. Para la participación de los grupos en el estudio resultó obligatoria la obtención del consentimiento informado de las mismas.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Comorbilidad materno-perinatal en gestantes adolescentes del consultorio de Santo Tomás en el Policlínico Ceballos, 2018-19

Tabla 1. Gestantes según grupo estudio y edad de inicio de la gravidez. Consultorio Médico de Familia “Santo Tomás”. Policlínico Ceballos. Provincia Ciego de Ávila. 2018.

Edad de inicio de la gravidez	Grupo de estudio				Total	
	Adolescentes		No adolescentes			
	No.	%	No.	%	No.	%
De 11-13 años	1	9,09	0	0,00	1	4,55
De 14-16 años	7	63,64	0	0,00	7	31,82
De 17-19 años	3	27,27	0	0,00	3	13,64
De 23-25 años	0	0,00	2	18,18	2	9,09
De 26-28 años	0	0,00	2	18,18	2	9,09
De 29-31 años	0	0,00	5	45,45	5	22,73
De 32-35 años	0	0,00	2	18,18	2	9,09
35 años y más	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Total	11	100,00	11	100,00	22	100,00

La tabla 1 muestra a modo descriptivo, las edades de las gestantes adolescentes y no adolescentes al momento de inicio de la gravidez.

El grupo de edades más representado en la totalidad investigada resultó el de 14 a 16 años con siete de ellas, todas adolescentes (31,82 %). Este grupo de edad también fue el predominante dentro del grupo de adolescentes (63,64 %). En las grávidas no adolescentes, el grupo de edades más representado resultó el de 29 a 31 años con cinco gestantes (45,45 %), constituyendo el 22,73 % del total estudiado.

Los resultados de la actual investigación, respecto a las adolescentes grávidas, difieren por la superioridad a los obtenidos por Holguín y cols.,⁽⁴⁷⁾ en una ciudad colombiana, donde solo un 7,20 % de las encuestadas afirmó alguna vez haber

estado embarazada en esta etapa de la vida. Sin embargo, armonizan con lo reportado en investigaciones realizadas en América Latina y el Caribe, al ser la única región del mundo en el que, en los últimos 30 años, ha aumentado la maternidad juvenil con registros de 73 por cada mil embarazos en jóvenes entre 12 y 19 años de edad.^(27,36,37)

Respecto a la edad de inicio de la gravidez, la autora considera que el universo de gestantes adolescentes investigado pudo ser superior en número, incluso hasta duplicarse, si las acciones de control del riesgo reproductivo preconcepcional se hubiesen incumplido en al menos dos años previos a la investigación. Esto pudo estar determinado por la cantidad y calidad de actividades educativas realizadas en el círculo de adolescentes y otras acciones de intervención directa aplicadas con las de mayor riesgo, sobre todo cuando se añadía el riesgo social.

Tabla 2. Gestantes según grupo estudio y nivel de escolaridad.

Nivel de escolaridad	Grupo de estudio				Total	
	Adolescentes		No adolescentes			
	No.	%	No.	%	No.	%
Primaria	1	9,09	0	0,00	1	4,55
Secundaria terminada	7	63,64	0	0,00	7	31,82
Preuniversitario	3	27,27	5	45,45	8	36,36
Universitario	0	0,00	6	54,55	6	27,27
Total	11	100,00	11	100,00	22	100,00

U de Mann-Whitney $p=0,000$

La tabla 2 muestra la distribución de gestantes según la exposición a adolescencia y el nivel de escolaridad presente al inicio de la gravidez.

En la totalidad de gestantes investigadas predominó el nivel de escolaridad preuniversitario (36,36 %), seguido por el secundario (31,82 %).

Entre las adolescentes grávidas predominó el nivel secundario con siete casos (63,64 %), seguido por el nivel preuniversitario con tres (27,7 %) y una con el nivel

primario (9,09 %). Mientras que entre las no adolescentes, predominó el nivel de escolaridad universitario con seis de ellas (54,55 %), mostrando el resto de ellas un nivel preuniversitario (45,45 %).

El análisis de la prueba estadística indicó que las evidentes diferencias porcentuales resultaron significativas. Por lo que es lógico apuntar que por las edades a las que se vence el nivel de escolaridad, las adolescentes no tenían posibilidades de ostentar un nivel universitario y evidentemente, las gestantes adolescentes con aspiraciones académicas y culturales más elevadas, decidieron posponer su maternidad para edades más avanzadas.

La baja escolaridad representa uno de los factores de riesgo de mayor influencia y repercusión en el embarazo en la adolescencia. Este fenómeno se ha vinculado a múltiples determinantes individuales, familiares, socioculturales y políticos. Hasta un 49,00 % de las mujeres con embarazo en la etapa de la adolescencia se encuentran fuera de escuelas y colegios, y otras abandonan los estudios secundarios; pero solo un 5,00 % logran casarse. Es importante señalar además que las mujeres sin escolaridad tienen un promedio de edad en la primera unión marital a los 17,7 años.^(48,49)

La educación sexual adecuada impartida en hogares, colegios y servicios de salud, aunada a programas sociales con opciones de proyectos de vida para los adolescentes y jóvenes, a la resolución de problemas y habilidades para la toma de decisiones, a una comunicación asertiva con los padres y con los equipos de salud en temas de sexualidad, se han descritos como factores que reducen las tasas de embarazo en las adolescentes.⁽⁵⁰⁾

Otros estudios refieren que el embarazo en la adolescencia no se explica únicamente por falta de educación académica pues de 200 adolescentes embarazadas, más de la mitad tenía instrucción secundaria. Se trata de una común desinformación en torno a lo que es y significa la adolescencia en la vida de las chicas y los muchachos dentro de los valores y contradicciones que caracterizan a la sociedad contemporánea. El colegio les habla de todo, menos de sí mismas y de su cuerpo

destinado a lo placentero pero también siempre dispuesto a la concepción. A las profesoras y profesores les asusta hablar de libertad y de amor, de ternura y de placer, muchas chicas están seguras de que si hacen el amor por primera vez no quedarán embarazadas porque para el embarazo se requiere mantener una vida sexual frecuente.⁽⁵¹⁾

Tabla 3. Gestantes según grupo estudio y complicaciones maternos-perinatales presentadas.

Complicaciones materno-perinatales	Grupo de estudio	Complicación				Total		p*
		Presente		Ausente		No.	%	
		No.	%	No.	%			
Gestorragia	Adolescentes	6	54,55	5	45,45	11	100,00	0,245
	No adolescentes	2	18,18	9	81,82	11	100,00	
RCIU	Adolescentes	6	54,55	5	45,45	11	100,00	0,280
	No adolescentes	3	27,27	8	72,73	11	100,00	
Anemia	Adolescentes	7	63,64	4	36,36	11	100,00	0,300
	No adolescentes	4	36,36	7	63,64	11	100,00	
Hipertensión gestacional	Adolescentes	2	18,18	9	81,82	11	100,00	0,061
	No adolescentes	8	72,73	3	27,27	11	100,00	
Sepsis vaginal	Adolescentes	8	72,73	3	27,27	11	100,00	0,555
	No adolescentes	6	54,55	5	45,45	11	100,00	

Nota: los porcentajes están calculados en base al total de las filas.

*Chi-cuadrado de Pearson (Corrección por continuidad de Yates)

Leyenda: RCIUR: Retardo en el crecimiento intrauterino.

La tabla 3 muestra la distribución de gestantes según la exposición o no a ser adolescente durante la gestación y la aparición de una serie de complicaciones en este periodo de la vida de las mujeres.

Se pudo observar que las gestorragias predominaron en las expuestas, al suceder en seis de las 11 adolescentes (54,55 %), respecto a solo dos de las no expuestas,

gestantes no adolescentes (18,18 %). Sin embargo, estas diferencias porcentuales no resultaron significativas.

El RCIU también predominó en las expuestas, al ocurrir en seis de las 11 adolescentes (54,55 %), respecto a solo tres de las no expuestas, gestantes no adolescentes (27,27 %). Las diferencias tampoco resultaron significativas.

La anemia al igual que las anteriores complicaciones, presentó también un elevado porcentaje de ocurrencia en las expuestas, al presentarse en siete casos (63,64 %), respecto a cuatro de las no expuestas (36,36 %). Tampoco sin significación estadística demostrada.

La hipertensión gestacional por su parte presentó una distribución opuesta a las demás complicaciones, antes analizadas, pues la mayoría de casos se presentaron en las no expuestas con ocho gestantes no adolescentes afectadas (72,73 %); mientras que entre las expuestas solo se observó en dos (18,18 %). Como en los casos anteriores, estas diferencias no tuvieron importancia a nivel estadístico.

La sepsis vaginal presentó distribuciones más cercanas entre sí entre los grupos de estudio, observándose en ocho de las expuestas y en seis de las no expuestas, representando un 72,73 % y el 54,55 %, respectivamente; sin significación estadística.

Aunque las pruebas estadísticas aplicadas no demuestran, en el actual estudio, una relación directa entre el embarazo en la adolescencia como factor de riesgo con la comorbilidad analizada, la repercusión en la morbilidad materna puso en riesgo la vida de estas jóvenes.

Respecto al bajo peso al nacer, Bacallao plantea que es importante tener en cuenta que la asociación entre el riesgo y el tamaño al nacimiento no es necesariamente expresión de una relación causal, sino de la sensibilidad del crecimiento fetal a las condiciones adversas de la vida prenatal. Hay, de hecho, gran cantidad de evidencia en el sentido de que las influencias adversas pueden incrementar el riesgo, aunque tengan un escaso impacto sobre el tamaño al nacimiento.⁽¹⁾

En cualquier caso, agrega este autor es muy difícil desde el punto de vista metodológico establecer vínculos de naturaleza causal entre sucesos distantes en el

tiempo, con tantos potenciales confusores intercurrentes. Uno de esos potenciales confusores son los determinantes sociales, que persisten en el tiempo y que podrían ser causa simultánea de las privaciones que dieron origen al crecimiento insuficiente y a los factores de riesgo de las enfermedades en etapas posteriores de la vida.⁽¹⁾

Los resultados de la actual investigación no coinciden con otra realizada, donde se reporta un aumento de la probabilidad de riesgo de hemorragia post-parto, obesidad, enfermedades mentales, preeclampsia-eclampsia, endometritis puerperal, infecciones sistémicas, muerte prematura, parto prematuro y anemia.⁽⁵²⁾

Además de las complicaciones antes mencionadas, es importante considerar que muchos de los embarazos en las adolescentes pueden llevar a la joven a practicarse un aborto y a enfrentar los riesgos que esto implica. Las complicaciones más frecuentes incluyen: hemorragias, septicemia, anemia, laceraciones vaginales, abscesos pélvicos, perforaciones del útero y esterilidad secundaria, entre otras.⁽⁵³⁾

Respecto a la comorbilidad por las complicaciones que se presentaron, la autora de la actual investigación considera que el número de expuestas que presentó anemia, retardo en el crecimiento intrauterino, hipertensión gestacional y sepsis vaginal pudo ser superior en número, si la atención, seguimiento y vigilancia clínica y obstétrica calificada realizada por el equipo básico de salud del CMF y por los especialistas del grupo básico de trabajo del Policlínico no se hubiese incrementado sobre las gestantes adolescentes.

La mayoría de las gestantes adolescentes, objetos de la investigación, se ingresaron en el Hogar Materno Municipal. En cuya institución, del nivel primario de atención a la salud, se les garantizó un control y seguimiento médico especializado continuo, se incrementó el balance calórico y proteico en su dieta, se extendió el reposo en cama y las acciones educativas y de vigilancia se intensificaron, entre otras.

De igual forma la atención médica especializada en todas las gestantes adolescentes, continuó en el Hospital General Docente, como institución del nivel secundario de atención a la salud. Todo lo anterior garantizó una adecuada atención

médica que evitó que muchas se complicaran y que ninguna de ellas ni el producto de la concepción fallecieran.

Tabla 4. Gestantes por grupo estudio según tiempo de gestación al parto y tipo de parto.

Grupo de estudio	Tiempo de gestación al parto				Total		p*
	Pretérmino		A término		No.	%	
	No.	%	No.	%			
Adolescentes	4	36,36	7	63,64	11	100,00	0,367
No adolescentes	1	9,09	10	90,91	11	100,00	
Grupo de estudio	Tipo de parto				Total		p*
	Eutócico		Distócico		No.	%	
	No.	%	No.	%			
Adolescentes	6	54,55	5	45,45	11	100,00	0,245
No adolescentes	9	81,82	2	18,18	11	100,00	

Nota: los porcentajes están calculados en base al total de las filas.

*Chi-cuadrado de Pearson (Corrección por continuidad de Yates)

La tabla 4 muestra la distribución de las gestantes investigadas según la exposición positiva o negativa de la adolescencia como riesgo de alteraciones al momento del parto o del tiempo de presentación de este.

La prematuridad solo se presentó en cuatro de las 11 gestantes adolescentes (36,36 %), pero predominó sobre las gestantes no adolescentes donde solo se produjo en una sola (9,09 %), diferencias éstas que no fueron significativas según el resultado de la prueba estadística utilizada.

El parto distócico por su parte, predominó entre las gestantes adolescentes al presentarse en seis de ellas (54,55 %), mientras que entre las no adolescentes ocurrió en solo dos que representaron el 18,18 %, diferencias que tampoco fueron significativas a pesar de las evidencias porcentuales entre ambos grupos de estudio.

El embarazo no deseado representa un riesgo entre adolescentes. El 59,00 % de embarazos terminan en nacimientos y 41,00 % en abortos, 14,00 % de ellos éstos

son involuntarios. El 15, 00 % de abortos en el mundo, cifra que está alrededor de los dos millones, ocurren en mujeres de 15-19 años de edad.^(52,54)

El embarazo en la adolescencia, principalmente, en menores de 15 años, se puede asociar a complicaciones durante la gestación, el parto y el puerperio. Los aspectos biológicos tales como la inmadurez ginecológica y anatómica de la pelvis, entre otros, repercuten de forma desfavorable en su resultado perinatal.^(52,54)

Tabla 5. Gestantes según grupo estudio y peso del recién nacido.

Grupo de estudio	Peso del recién nacido (gramos)				Total	
	Menos 2500		Entre 2500 y 3999			
	No.	%	No.	%	No.	%
Adolescentes	5	45,45	6	54,55	11	100,00
No adolescentes	4	36,36	7	63,64	11	100,00
Total	9	40,91	13	59,09	22	100,00

*Chi-cuadrado de Pearson (Corrección por continuidad de Yates) $p=0,867$

Nota: los porcentajes están calculados en base al total de las filas.

La tabla 5 muestra la distribución de gestantes según la exposición o no a edades tempranas de la vida reproductiva y el peso al nacer del recién nacido.

El bajo peso al nacer se presentó en nueve de la totalidad de gestantes investigadas (40,91 %); cinco entre las expuestas que representan un 45,45 % entre el total de adolescentes y cuatro en las no expuestas que representan un 36,36 % entre el total de grávidas de mayor edad.

Al analizar el resultado de la prueba estadística, se infiere que las edades iniciales de la etapa reproductiva no se presentaron relacionadas al peso al nacer de los recién nacidos.

Diferentes autores coinciden que los hijos de madres adolescentes tienen mayor riesgo de morbimortalidad. Entre éstos se destacan la prematuridad, el bajo peso al nacer, la sepsis, la sífilis congénita y una mayor mortalidad. En cuanto al neonato, éste tiene de dos a seis posibilidades más a nacer con un peso más bajo que el de

una madre mayor de 20 años debido a la prematuridad y al retraso del cuello intrauterino, que hace que el feto no se pueda desarrollar de manera normal.⁽⁵⁵⁻⁵⁹⁾

Tabla 6. Gestantes por grupo estudio según complicaciones perinatales.

Complicaciones perinatales	Grupo de estudio				Total	
	Adolescentes		No adolescentes			
	No.	%	No.	%	No.	%
No presentó	7	63,64	7	63,64	14	63,64
Bronconeumonía	2	18,18	2	18,18	4	18,18
Asfixia	1	9,09	1	9,09	2	9,09
Broncoaspiración	0	0,00	1	9,09	1	4,55
Traumatismos del parto	1	9,09	0	0,00	1	4,55
Total	11	100,00	11	100,00	22	100,00

Chi-cuadrado de Pearson $p= 0,731$

La tabla 6 muestra la distribución de las gestantes investigadas según la presencia o no de edades tempranas de su etapa reproductiva y la ocurrencia de complicaciones perinatales confirmadas en el neonato alrededor del parto.

En la mayoría de las grávidas estudiadas, en 14 de ellas (63,64 %), no se presentaron complicaciones perinatales. Las distribuciones fueron homogéneas en ambos grupos de estudio, observándose en siete de las adolescentes y en siete de las no adolescentes para un 63,64 %, respectivamente.

La complicación que con mayor frecuencia se presentó fue la bronconeumonía en cuatro neonatos (18,18 %), seguida por la asfixia en dos (9,09 %). Las distribuciones resultaron muy semejantes entre las adolescentes y no adolescentes, no observando diferencias porcentuales significativas entre los grupos de estudio.

El embarazo en la adolescencia repercute directamente en la morbilidad y mortalidad infantil. Ello debido a problemas tales como anemia grave, hipertensión inducida por el embarazo, placenta previa, desproporción céfalo pélvica, así como las distocias mecánicas y dinámicas.⁽⁵²⁾

La autora a tenor de los resultados obtenidos en la actual investigación, considera que no obstante, a la transformación positiva de los indicadores de salud y a las propias acciones sobre la identificación y el control de los factores de riesgo reproductivo preconcepcional en las adolescentes femeninas, aún constituye un problema de salud en Cuba, en la provincia y municipio Ciego de Ávila, y particularmente en el Policlínico Ceballos, pese a las acciones locales preventivo-asistenciales llevadas a cabo en el nivel primario de atención a la salud.

Por lo cual se requiere que se retomen las acciones intersectoriales sobre los adolescentes con el Ministerio de Educación para prepararlos con temas relacionados con la vida sexual y reproductiva.

CONCLUSIONES

Predominaron las edades intermedias y el nivel de escolaridad secundario entre las gestantes adolescentes y la adultez temprana y el nivel de escolaridad universitario en las gestantes no adolescentes. Las gestorragias, el retardo en el crecimiento intrauterino, la anemia y la sepsis vaginal fueron las complicaciones más sobrevenidas en las gestantes expuestas, pero sin diferencias significativas con las no expuestas. En los eventos relacionados al parto, el pretérmino y el parto distócico predominaron en las adolescentes sin estar relacionados estadísticamente. El bajo peso al nacer se presentó por igual en ambos grupos de estudio. La mayoría de las grávidas no presentaron complicaciones perinatales y en las ocurridas las distribuciones fueron homogéneas en ambos grupos de estudio.

RECOMENDACIONES

Intensificar las actividades promocionales en la comunidad, las preventivas en las familias con adolescentes y las específicas de educación sexual en las y los adolescentes y con ello, contribuir en la disminución de forma directa del embarazo en la adolescencia y con ello, la repercusión biológica y psicosocial negativa que provoca; además de incidir en la disminución de la morbimortalidad materno-infantil.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Bacallao Gallestey J, Alerm González A, Ferrer Arrocha M. Paradigma del curso de la vida. Implicaciones en la clínica, la epidemiología y la salud pública. La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 2016.
2. Cruz F, Pineda S, Aliño M, Castro M, O,Farril C, Pelaéz J, et al. Programa nacional de atención integral a la salud del adolescente. La Habana: Editorial Ciencias Médicas. 2000.
3. Morrison-Beedy D, Nelson L E. HIV prevention interventions in adolescent girls: what is the state of the science. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 2014; 1(3):165-175.
4. Pedlow C T, Carey M P. HIV sexual risk-reduction interventions for youth: a review and methodological critique of randomized controlled trials. *Behavior Modification*, 2016; 27(2):135-190.
5. Magnussen L, Ehiri J E, Ejere H O, Jolly P E. Interventions to prevent HIV/AIDS among adolescents in less developed countries: are they effective. *International Journal of Adolescent Medicine and Health*, 2014;16(4): 303-323.
6. Yamada J, DiCenso A, Feldman L, Cormillott P, Wade K, Wignall R, Thomas H. A systematic review of the effectiveness of primary prevention programs to prevent sexually transmitted diseases in adolescents. Dundas, ON, Canada: Ontario Ministry of Health, Region of Hamilton-Wentworth, Social and Public Health Services Division, 2016;73.
7. Kim N, Stanton B, Li X, Dickersin K, Galbraith J. Effectiveness of the 40 adolescent aids-risk reduction interventions: a quantitative review. *Journal of Adolescent Health*, 2016; 20(3):204-215.
8. Hennessy S, Berlin J A, Kinman J L, Margolis D J, Marcus S M, Strom B L. The effectiveness of adolescent reproductive health interventions in developing countries: a review of the evidence. *Journal of Adolescent Health*, 2014;33 (5):324-348.

9. Bennett S E, Assefi N P. School-based teenage pregnancy prevention programs: a systematic review of randomized controlled trials. *Journal of Adolescent Health*, 2015; 36(1):72-81.
10. DiCenso A, Guyatt G, Willan A, Griffith L. Interventions to reduce unintended pregnancies among adolescents: systematic review of randomised controlled trials. *British Medical Journal*, 2016; 324(7351):1426-1430.
11. Calderón Morales IC, López Sánchez F, Artles de León I, Pérez González E. Propuesta de acciones para la prevención del abuso sexual en la niñez y la adolescencia [artículo en línea]. *MEDISAN 2007* [consulta: marzo 2016]; 11(3). Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol11_3_07/san04307.htm
12. Orozco EN, Vaillan O, Cumba TO. Algunos factores de riesgo del embarazo en la adolescencia. *Rev MEDISAN* 2005; 9 (2):14-19.
13. González HA, Gutiérrez RA, Campos GAP. Estudio de las gestantes adolescentes y su repercusión en el recién nacido. *Rev Cubana Pediat* 2000; 72 (1): 549-53.
14. Mustelier RR, Valdespino BF, Hernández PR. La salud reproductiva en el adolescente. Algunas consideraciones importantes. La Habana. Centro Nacional de Educación para la Salud. 2003: 7-56.
15. Laffita BA, Arizona JM, Cutié JM, Cutié SLR. Adolescencia e interrupción de embarazo. *Rev Cubana de Obst Ginecol* 2014; 3 (1): 25-32.
16. García LL, Pérez RE, Avellaneda GA. Algunos factores asociados a la interrupción del embarazo en la adolescencia. *Programa Resúmenes* 2001: 269.
17. Álvarez AL. *Conversando con la adolescente*. 2 Ed, La Habana: Editorial Científico-técnico; 2004.p.15-9.
18. Organización Panamericana de la Salud OMS. *Jóvenes: opciones y cambios. Una guía para promover modos de vida saludables en adolescentes y jóvenes*. 2006.

19. Soto MO, Franco A, Rodríguez B, Medina L. Embarazo en la adolescencia y conocimiento sobre sexualidad. Rev Cubana Med Gen Integr 2003; 19 (6): 34
20. Valdés DS, Essien J, Bardales MJ. Embarazo en la adolescencia. Incidencia, riesgo y complicaciones. Rev Cubana Obstet Ginecol 2002; 28 (2).
21. Cruz HJ, LLanes QM, Valdés IA, Hernández GP, Velasco BA. Anticoncepción en la adolescente. Rev Cubana Endocrinol. 2015; 18(1).
22. Israel LJ, Lugones BM, Valdespino PL, Ambrosio SS. Aspectos psicosociales del embarazo en la adolescencia. Rev Cubana Med Gen Intregr. 2005; 21(3-4).
23. Ministerio de Salud Pública. Planificación familiar y riesgo reproductivo. Marco conceptual, Programa y Plan estratégico. La Habana: MINSAP; 2001.
24. Martínez J, Serrano I, Doval JL. Anticoncepción hormonal oral en jóvenes: introducción, perfil socio-sanitario. En: Álvarez D, Álvarez de Sotomayor M, Balasch B, Barranco E, Bernabéu S. Manual de anticoncepción hormonal. Madrid: Editorial SEC; 2015:249-62.
25. Lugones B M, Prado G J, Córdova A M, Calzada O M. La consulta de ginecología infanto juvenil en la atención primaria y la salud reproductiva de las adolescentes. Rev Cubana Salud Púb. 2001; 27(2):103-15.
26. Calero LJ, Santana F. Percepciones de un grupo de adolescentes sobre iniciación sexual, embarazo y aborto. Rev Cubana Sal Pub. 2001; 27(1).
27. Peláez M J. Adolescente embarazada: características y riesgos. En: Obstetricia y ginecología infanto-juvenil: su importancia. La Habana: SOCUDEF 1996; 61-3.
28. Hernández CJ, Alonso HD, Rodríguez PM, Homma CLJ, Díaz OI, Suarez OR. Embarazo en adolescentes y su influencia en los indicadores perinatales en dos hospitales ginecobstétricos. Rev Cubana Obstet Giencol. 2003; 29(3).
29. República de Cuba. Anuario demográfico de Cuba 2013. Centro de Estudios de Población y Desarrollo. La Habana: Editorial Oficina Nacional de Estadísticas, 2014.

30. Ministerio de Salud Pública. Manual de procedimientos para la atención a la salud sexual y reproductiva de las mujeres. La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 2015.
31. Franco MC, González E, Alonso A, Fernández LI, Fernández JC, Castillo D, Suárez A, Plana A, Alonso JC, et al. Encuesta nacional de fecundidad 2009. La Habana: Editorial Oficina Nacional de Estadísticas. República de Cuba, 2010.
32. República de Cuba. Mujeres cubanas, estadísticas y realidades: 1958-2008. La Habana: Editorial Oficina Nacional de Estadísticas, 2008.
33. Hospital General Docente "Dr. Antonio Luaces Iraola" Ciego de Ávila. Informe de resultados del programa materno-infantil. 2016.
34. Respuesta de Cuba al cuestionario enviado por la División para el Adelanto de la Mujer de las Naciones Unidas; Informe del vigésimo tercer período de sesiones de la Asamblea General (2000), presentado a la Reunión Preparatoria Subregional para el Caribe de la novena Conferencia Regional de la Mujer de América Latina y el Caribe (Kingstown, 11 al 13 febrero de 2014). En Caminos hacia la equidad de género en América Latina y el Caribe. 9ª Conferencia Regional sobre la Mujer de América Latina y el Caribe. CEPAL. México, D.F. 2014.
35. Barranco E. Hacia el autoconocimiento de la fertilidad. En: E. Barranco y A. Caño (Eds). Hacia el autoconocimiento del cuerpo femenino. Fertilidad y métodos naturales. Granada: Universidad de Granada, 19-25, 1994.
36. Salazar Cutido B, Álvarez Franco E, Maestre Salazar LC, León Duharte D, Pérez Garí O. Aspectos fisiológicos, psicológicos y sociales del embarazo precoz y su influencia en la vida de la adolescente. Rev Cubana de Obstet y Ginecol 2016;10(3):10-14p.
37. Valdés Dacal S, Essien J, Bardales Mitac J, Saavedra M, Bardales Mitac E. Embarazo en la adolescencia. Incidencia, riesgos y complicaciones. Revista Cubana Obstet y Ginecol 2015; 28 (2):20-22p.

38. Servicios de Salud de Nuevo León, Departamento de Salud Reproductiva. Reporte anual [Observaciones no publicadas]. Monterrey, Nuevo León; Diciembre, 2014.
39. Carreón-Vásquez J, Mendoza-Sánchez H, Pérez-Hernández C, et al. Factores socioeconómicos asociados al embarazo en adolescentes. Archivos en Medicina Familiar 2004;6:70-3.
40. Goicolea I, Wulff M, Öhman A, et al. Risk factors for pregnancy among adolescent girls in Ecuador's Amazon basin: a case-control study. rev Panam Salud Publica 2015;26:221-8.
41. González C, Rojas RM, Hernández MI, et al. Perfil del comportamiento sexual en adolescentes mexicanos de 12 a 19 años de edad: resultado de la ENSA 2000. Salud Publica Mex 2005;47:209-18.
42. Wellings K, Nanchahal K, Macdowall W, et al. Sexual behaviour in Britain: early heterosexual experience. Lancet 2016;358:1843.
43. Cavazos-Rehg PA, Krauss MJ, Spitznagel EL, et al. Substance use and the risk for sexual intercourse with and without a history of teenage pregnancy among adolescent females. J Stud Alcohol Drugs 2015;72:194-8.
44. Hillis SD, Anda RF, Dube SR, et al. The association between adverse childhood experiences and adolescent pregnancy, long-term psychosocial consequences, and fetal death. Pediatrics 2014;113:320-7.
45. Noll JG, Shenk CE, Putman KT. Childhood sexual abuse and adolescent pregnancy: A meta-analytic update. J Pediatr Psychol 2015;34:366-78.
46. Rocca CH, Doherty I, Padian NS, et al. Pregnancy intentions and teenage pregnancy among Latinas: a mediation analysis. Perspect Sex reprod Health 2014;42:186-96.
47. Holguín YP, Mendoza LA, Esquivel CM, Sánchez R, Daraviña AD, Acuña M. Factores asociados al inicio de la actividad sexual en adolescentes de Tuluá, Colombia. Rev Chil Obstet Ginecol 2014; 78(3):209-19.

48. Profamilia, Ministerio de la Protección Social República de Colombia, Bienestar Familiar y United States Agency International Development, USAID del Pueblo de los estados Unidos. Conocimientos del VIH y otras ETS, Encuesta Nacional de Demografía y salud ENDS 2010. Informe de prensa, 2010. Acceso: 18-12-2015. Disponible en: http://www.profamilia.org.co/encuestas/Profamilia/Profamilia/index.php?option=com_content&view=article&id=62&Itemid=9.
49. Sánchez YA, Mendoza LA, Grisales MB, Ceballos LY, Bustamante JC, Muriel E, et al. Características poblacionales y factores asociados a embarazo en mujeres adolescentes de Tuluá, Colombia. Rev Chil Obstet Ginecol 2014; 78(4): 269 – 281.
50. Tripp J, Viner R. ABC of adolescence sexual health, contraception, and teenage pregnancy. BMJ 2015;330:590-3.
51. Montoya Blanco JD. Causas del embarazo adolescente y las consecuencias sociales de la maternidad precoz” Universidad Autónoma del estado de México. Unidad académica profesional. nezahualcóyotl. Licenciatura en educación para la salud. Julio 2014.
52. United Nations. Millennium Development Goals Report 2014. New York: United Nations, 2014. Acceso: 17/12/2015. Disponible en: <http://www.un.org/millenniumgoals/2014%20MDG%20report/MDG%202014%20English%20web.pdf>
53. Barrantes A., Jiménez M., Rojas B., Vargas A. Embarazo y aborto en adolescentes. Med. leg. Costa Rica [revista en la Internet]. 2003 Mar; 20(1): 80-102. Disponible en: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S14090015200300010009&lng=es.
54. Vogel J., Pileggi C., Chandra V., Nogueira V., Paulo J., Chou D., et al. Millennium Development Goal 5 and adolescents: looking back, moving forward. Arch Dis

Child 2015;100 (Suppl 1):s43–s47. Acceso 17/12/2015. Disponible en:
http://adc.bmj.com/content/100/Suppl_1/S43.full.pdf+html

55. Mendoza LA, Arias M, Mendoza L. Hijo de madre adolescente: riesgos, morbilidad y mortalidad neonatal. Rev Chil Obstet Ginecol 2014;77(5):375-82.
56. Chotigeat U, Sawasdiworn S. Comparison outcomes of sick babies born to teenage mothers with those born to adult mothers. J Med Assoc Thai 2015;94(Suppl.3):S27-S34.
57. Islas LP, Cardiel L, Figueroa JF. Recién nacidos de madres adolescentes. Problema actual. Rev Mex Pediatr 2014;77:152-5.
58. Doig J. Indicadores perinatales en hijos de madres adolescentes del Instituto Especializado Materno. Perinatal durante el año 2003. Rev Peruana Pediatr 2016;59:6-11.
59. Donoso E, Becker J, Villarroel L. Natalidad y riesgo reproductivo en adolescentes de Chile, 1990-1999. Rev Panam Salud Pública 2014;14:3-8.

ANEXOS

Anexo I. Acta de consentimiento informado de las participantes.

La que suscribe: _____

Hago constar por este medio que doy mi disposición y consentimiento a participar en la investigación: Comorbilidad materno-perinatal en gestantes adolescentes del consultorio de Santo Tomás en el Policlínico Ceballos, 2018-19.

Declaro, además, que he sido informada del objetivo y me han explicado las ventajas de los resultados que se obtengan para la Salud Pública Cubana.

Doy mi autorización para que los datos obtenidos de mis historias clínicas obstétricas, tanto del Consultorio Médico de Familia de Santo Tomás como la del Hospital General Docente "Dr. Antonio Luaces Iraola" se utilicen y divulguen, siempre y cuando mi nombre, apellidos y otras señas personales no sean declarados públicamente.

Para constancia de lo antes expuesto firmo este documento.

En Ceballos, Ciego de Ávila, a los ____ días del mes de _____ del año 2018.

Firma del sujeto de investigación cuando es mayor de 18 años: _____

Firma del tutor cuando el sujeto investigado es menor de 18 años: _____

Firma de la investigadora: _____

Anexo II. Planilla de recogida de datos

Título de la investigación: Comorbilidad materno-perinatal en gestantes adolescentes del consultorio de Santo Tomás en el Policlínico Ceballos, 2018-19.

Fecha: _____

Expuesta ____ **No expuesta** ____

Datos generales:

Nombre y apellidos: _____

Edad biológica: _____ Teléfono: _____

Dirección Particular: _____

Municipio: _____ Provincia: _____

Variables socio-demográficas

Edad al salir embarazada:

- _____ De 11-13 años
- _____ De 14-16 años
- _____ De 17-19 años
- _____ De 23-25 años
- _____ De 26-28 años
- _____ De 29-31 años
- _____ De 32-35 años

Nivel de escolaridad:

- _____ Primaria terminada
- _____ Secundaria terminada
- _____ Preuniversitario
- _____ Universitario

Variables de comorbilidad materna

Gestorragia:

- _____ Si
- _____ No

Crecimiento Intrauterino Retardado:

- _____ Si
- _____ No

Anemia:

- _____ Si
- _____ No

Toxemia:

- _____ Si
- _____ No

Sepsis vaginal:

- _____ Si
- _____ No

Variables de comorbilidad perinatal

Tiempo de gestación al parto:

- _____ Pretérmino
- _____ A término
- _____ Postérmino

Tipo de parto:

- _____ Eutócico
- _____ Distócico

Peso del recién nacido:

- _____ Menos 2500 gramos
- _____ 2500-3999 gramos
- _____ 4000 o más gramos

Complicaciones en el neonato:

- _____ Bronconeumonía
- _____ Broncoaspiración
- _____ Traumatismos del parto
- _____ Asfixia
- _____ Otra

