



**UNIVERSIDAD DE CARABOBO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**DIRECCIÓN DE POSTGRADO**  
**PROGRAMA DE ESPECIALIZACIÓN EN OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA**  
**HOSPITAL UNIVERSITARIO DR. ANGEL LARRALDE**



**LA ADOLESCENTE PRIMIGESTA. COMPLICACIONES MÉDICAS Y  
OBSTETRICAS. SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DEL  
HOSPITAL TIPO II DR. MIGUEL MALPICA. MUNICIPIO GUACARA.  
ESTADO CARABOBO. PERIODO ENERO 2014 – DICIEMBRE 2016**  
Trabajo Especial de Grado presentado como requisito para la obtención del grado de  
Especialista en Obstetricia y Ginecología

**Autora:** M.C. Elba Rodríguez

BÁRBULA, JULIO 2018



**UNIVERSIDAD DE CARABOBO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**DIRECCIÓN DE POSTGRADO**  
**PROGRAMA DE ESPECIALIZACIÓN EN OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA**  
**HOSPITAL UNIVERSITARIO DR. ÁNGEL LARRALDE**



**LA ADOLESCENTE PRIMIGESTA. COMPLICACIONES MÉDICAS Y  
OBSTETRICAS. SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DEL  
HOSPITAL TIPO II DR. MIGUEL MALPICA. MUNICIPIO GUACARA.  
ESTADO CARABOBO. PERIODO ENERO 2014 – DICIEMBRE 2016**

**Autora:** M.C. Elba Rodríguez  
**Tutora:** Dra. Marisol García  
**Asesor Metodológico:** Dr. Amílcar Pérez

BÁRBULA, JULIO 2018



### ACTA DE DISCUSIÓN DE TRABAJO ESPECIAL DE GRADO

En atención a lo dispuesto en los Artículos 127, 128, 137, 138 y 139 del Reglamento de Estudios de Postgrado de la Universidad de Carabobo, quienes suscribimos como Jurado designado por el Consejo de Postgrado de la Facultad de Ciencias de la Salud, de acuerdo a lo previsto en el Artículo 135 del citado Reglamento, para estudiar el Trabajo Especial de Grado titulado:

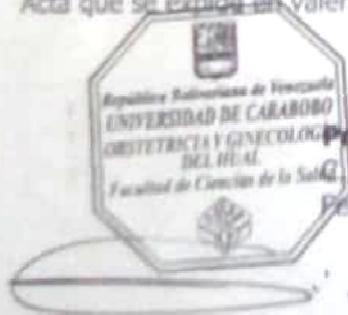
**LA ADOLESCENTE PRIMIGESTA. COMPLICACIONES MÉDICAS Y OBSTETRICAS. SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL TIPO II DR. MIGUEL MALPICA. MUNICIPIO GUACARA. ESTADO CARABOBO. PERIODO ENERO 2014 – DICIEMBRE 2016.**

Presentado para optar al grado de **Especialista en Obstetricia y Ginecología** por el (la) aspirante:

**RODRÍGUEZ DE LA V. ELBA M.**  
C.I. V – 4179984

Habiendo examinado el Trabajo presentado, bajo la tutoría del profesor(a): Marisol García C.I. 3921290, decidimos que el mismo está **APROBADO**.

Acta que se expide en valencia, en fecha: **13/07/2018**



*llf*  
**Prof. Marisol García (Pdte)**  
3921290  
Fecha 13.07.2018

**Prof. Gonzalo Medina**  
C.I. 4838504  
Fecha 13/08/18

*J. Landaeta*  
**Prof. José Landaeta**  
C.I. 7-119-668  
Fecha 13-07-2018

## **AGRADECIMIENTOS**

A Dios Todopoderoso por darme la fortaleza para culminar este proyecto.

A la Universidad de Carabobo que a pesar de las vicisitudes sigue formando profesionales.

A todos mis profesores, por ser parte de mi formación, de manera particular al Dr. Amílcar Pérez. A todos gracias.

Agradecimiento especial a mi amiga la Dra. Marisol García de Yeguez, gracias por ser parte fundamental de éste logro.

A Florecita amiga especial, por impulsarme a culminar esta meta. Dios te bendiga.

Al personal de historias médicas del Hospital Miguel Malpica por su colaboración y apoyo.

A mi familia, pacientes y amigos, mil gracias.

## **DEDICATORIA**

A Dios Todopoderoso, que ha sido mi guía espiritual para el logro de mis metas.

A mi madre, ejemplo de fortaleza. Gracias por tus oraciones...Dios te bendiga.

A mi padre que desde el cielo me ilumina y protege. Fuiste un gran ejemplo para mí.

A Vito quien ha sido un apoyo incondicional, mi compañero de vida.

A mis hijos, Anna Gisela, Gliseth Marina, José Norberto y Adriana Antonieta fuente de inspiración para seguir adelante.

A mis nietos: Orianna, Giuliana, Matteo, Martina, Anna Paula y Alonso, lo más bello que me ha dado la vida.

A mis hermanos, especialmente a Yolanda y Mariela por estar en cada una de las fases de éste proyecto.

A todas esas personas especiales que me apoyaron en la consecución de mi sueño.

## ÍNDICE

	<b>Pág.</b>
Resumen .....	viii
Abstract .....	ix
Introducción.....	10
Materiales y Métodos.....	17
Resultados .....	19
Discusión.....	27
Conclusiones .....	30
Recomendaciones.....	31
Referencias.....	32
Anexo A: Ficha de Registro .....	36



UNIVERSIDAD DE CARABOBO  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
DIRECCIÓN DE POSTGRADO

PROGRAMA DE ESPECIALIZACIÓN EN OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA  
HOSPITAL UNIVERSITARIO DR. ÁNGEL LARRALDE



LA ADOLESCENTE PRIMIGESTA. COMPLICACIONES MÉDICAS Y  
OBSTETRICAS. SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DEL  
HOSPITAL TIPO II DR. MIGUEL MALPICA. MUNICIPIO GUACARA.  
ESTADO CARABOBO. PERIODO ENERO 2014 – DICIEMBRE 2016

**Autora:** M.C. Elba Rodríguez.

**Tutora:** Dra. Marisol García.

**Fecha:** Bárbula, julio 2018

### RESUMEN

La adolescente se encuentra ante complicaciones durante la gestación que ponen en riesgo su vida y la probabilidad de morir entre los 15 y 19 años es dos veces mayor que cuando es menor de 15 años que puede ser hasta seis veces mayor. Objetivo general: Analizar las complicaciones médicas y obstétricas más frecuentes en adolescentes primigestas atendidas en el Hospital Tipo II “Dr. Miguel Malpica”, municipio Guacara, estado Carabobo, durante el período comprendido entre enero de 2014 hasta diciembre de 2016. Metodología: Se trata de una investigación de tipo observacional – descriptivo de nivel correlacional, de diseño no experimental, transversal y retrospectivo. La muestra fue de tipo no probabilística deliberada, conformada por 337 historias de adolescentes que cumplieron con los criterios de inclusión. Para la recolección de la información se utilizó la técnica de la revisión de historias clínicas y como instrumento se diseñó una ficha de recolección de datos. Los resultados se presentaron en distribuciones de frecuencias. Resultados: Se registró una edad promedio de 17,05 años  $\pm$  0,08; predominando las adolescentes tardías (66,47%), solteras (81,31%). La edad de inicio de actividad sexual (AS) registró un promedio de 15,15 años  $\pm$  0,08, siendo más frecuentes aquellas adolescentes con 1 pareja sexual (37,98%). Un 96,74 de las adolescentes presentaba embarazos a término (326 casos), bien controlados (54,46%) y parto vaginal (76,56%). Un 76,79% presentó algún tipo de patología médica, siendo la más frecuente la infección del tracto urinario (154 casos). Sólo un 38,87% presentaron algún tipo de complicación obstétrica; siendo la más frecuente la desproporción céfalo-pélvica (52 casos). Se encontró una asociación estadísticamente significativa entre la presencia de complicaciones obstétricas y edad gestacional así como la resolución del embarazo ( $P < 0,05$ ).

**Palabras Clave:** adolescentes, primigestas, complicaciones médicas, complicaciones obstétricas.



**UNIVERSIDAD DE CARABOBO  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
DIRECCIÓN DE POSTGRADO**



**PROGRAMA DE ESPECIALIZACIÓN EN OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA  
HOSPITAL UNIVERSITARIO DR. ÁNGEL LARRALDE**

**THE FIRST ADOLESCENT. MEDICAL AND OBSTETRIC COMPLICATIONS.  
GYNECOLOGY AND OBSTETRICS SERVICE OF TYPE II HOSPITAL DR.  
MIGUEL MALPICA. MUNICIPALITY GUACARA.  
CARABOBO STATE. PERIOD JANUARY 2014 - DECEMBER 2016**

**Author:** M.C. Elba Rodríguez

**Tutor:** Dra. Marisol García

**Date:** Bárbula, July 2018

**ABSTRACT**

The adolescent is faced with complications during pregnancy that put her life at risk and the probability of dying between 15 and 19 years is twice as great as when she is under 15 years of age, which can be up to six times greater. General objective: To analyze the most frequent medical and obstetric complications in primitive adolescents attended in the Type II Hospital "Dr. Miguel Malpica ", municipality of Guacara, Carabobo state, during the period from January 2014 to December 2016. Methodology: This is an observational-descriptive investigation of a correlational level, of non-experimental, transversal and retrospective design. The sample was a deliberate non-probabilistic type, consisting of 337 stories of adolescents who met the inclusion criteria. For the collection of information, the technique of reviewing medical records was used and a data collection form was designed as an instrument. The results were presented in frequency distributions. Results: An average age of 17,05 years  $\pm$  0.08 was recorded; predominating late adolescents (66.47%), single (81.31%). The age of onset of sexual activity (AS) registered an average of 15.15 years  $\pm$  0.08, being more frequent those adolescents with 1 sexual partner (37.98%). A total of 96.74 of the adolescents had full-term pregnancies (326 cases), well-controlled pregnancies (54.46%) and vaginal delivery (76.56%). A 76.79% presented some type of medical pathology, being the most frequent urinary tract infection (154 cases). Only 38,87% presented some type of obstetric complication; being the most frequent the cephalopelvic disproportion (52 cases). A statistically significant association was found between the presence of obstetric complications and gestational age as well as the resolution of pregnancy ( $P < 0.05$ ).

Keywords: adolescents, primigravida, medical complications, obstetric complications.

## INTRODUCCIÓN

La adolescencia, es un período de cambios biopsicosociales donde el individuo busca su propia identidad, lo cual lo convierte en una persona que es susceptible a cambiar su forma de actuar; simultáneamente en esta etapa de la vida se presenta la maduración de la sexualidad y múltiples cambios de orden psicofisiológicos del pensamiento lógico y formal del joven, que le preparan para incorporarse al mundo de los adultos, situación vulnerable y de riesgo multifactorial, que favorecen la actividad sexual temprana como resultado de la liberación sexual presente en la generalidad de los países del mundo, y que, indudablemente expone a estos ante la posibilidad de un embarazo no deseado, múltiples parejas sexuales y enfermedades de transmisión sexual entre otras.<sup>1,2</sup>

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la adolescencia como el período de vida que abarca entre los 10 y 19 años de edad, etapa donde el individuo adquiere madurez reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y va adquiriendo independencia socio-económica. De tal manera que divide la adolescencia en: *adolescencia temprana* de 10 a 13 años, donde suceden cambios corporales y se produce la menarquía; hay cambios psicológicos, se separan un poco de los padres, hacen nuevas amistades sobre todo del mismo sexo. *Adolescencia media* de 14 a 16 años. En esta etapa casi completa el crecimiento y desarrollo somático, comparten valores propios y aparecen conflictos con los padres. También es la edad promedio de cuando inician las relaciones sexuales, se sienten invulnerables y asumen que todo lo pueden hacer y finalmente la *adolescencia tardía* de 17 a 19 años. Es la etapa del joven hacia el logro de su identidad y autonomía.<sup>1,3,4.</sup>

Basado en estas premisas, una de las consecuencias más vulnerables del adolescente, es el embarazo, considerado un problema de salud pública, no solo incorporado a los trastornos orgánicos propios de la juventud, sino, que implican factores de riesgo para su salud física y mental; así mismo, éste, se ha asociado a múltiples complicaciones obstétricas como el síndrome hipertensivo del embarazo, anemia, infecciones del tracto urinario, desproporción cefalopélvica, trabajo de parto prolongado, partos operatorios, tanto fórceps como cesáreas,

así como complicaciones intraparto como laceraciones del cuello uterino, vagina, vulva y periné.<sup>5,6</sup>

En ese sentido, se puede afirmar, que la adolescente se encuentra ante complicaciones durante la gestación que ponen en riesgo su vida y la probabilidad de morir entre los 15 y 19 años, siendo dos veces mayor, que cuando es menor de 15 años que pudiera ser hasta seis veces mayor. Este tipo de embarazo se presenta cada vez en edades más tempranas, siendo frecuente encontrar en la literatura internacional estudios latinoamericanos que muestran una relación 3/1 de embarazadas adolescentes en relación a las adultas y en igual relación referente a las complicaciones médicas y del recién nacido.<sup>7</sup>

Según datos del Fondo de las Naciones Unidas (UNICEF) cuanto más joven es la adolescente embarazada mayores son los riesgos para su salud. Afirmándose hoy, que, en el mundo 17 millones de niños han nacido de madres adolescentes de 15 a 19 años, de los cuales 16 millones son de países en vías de desarrollo, 15-20% de todos los nacimientos; 85% de mujeres adolescentes del mundo se encuentran en estos países y 25% de las muertes maternas ocurren en este grupo. Aunque, las tasas de natalidad han descendido para las adolescentes en la mayoría de países desarrollados, en América Latina y el Caribe, hay un repunte de ellos; por tanto, el embarazo en adolescentes sigue siendo un problema de salud pública desafiante.<sup>5,6,8</sup>

Las estadísticas demostraron 18% de adolescentes americanas que han experimentado el sexo con anterioridad a los 15 años se han embarazado, además, este número crece hasta 66% en adolescentes no casadas que refieren experiencias sexuales antes de los 19 años. En países latinoamericanos como Argentina, los adolescentes sexualmente activos son en promedio 94% varones y 77% mujeres. En Nicaragua, 27% de jóvenes entre 15 y 19 años son madres. En Honduras, 30% de las madres son menores de 18 años, los casos de embarazos de adolescentes se han incrementado de forma alarmante en los últimos años. Según la Encuesta Nacional Materno Infantil 2008-2009, por cada mil habitantes hay 114 madres entre los 10 y 20 años. En Costa Rica, el embarazo precoz, aunque sigue siendo un

problema, está siendo atacado por las autoridades y por la sociedad. Al igual que en Panamá, único país donde la cantidad de menores embarazadas ha disminuido en los últimos años.<sup>9</sup>

En Ecuador, más del 17% de las jóvenes entre 15 y 19 años son madres adolescentes. En Colombia, 90 de cada mil adolescentes resultan embarazadas cada año y lo que más preocupa es la alta tasa de mortalidad en mujeres gestantes pese a que el 97% de los partos son atendidos en hospitales. En Uruguay, el porcentaje es similar al del resto de Sudamérica. En Paraguay la tasa de fecundidad adolescente es alta, con 63 nacimientos por cada 1.000 mujeres. En Bolivia el embarazo en adolescentes entre los 12 y 18 años se incrementó de 18% a 25 % en los últimos cuatro años, mientras que en Perú, las cifras se han mantenido sin variación en los últimos 10 años.<sup>9</sup>

En Suramérica, específicamente Venezuela, ocupa el primer lugar en número de embarazos no planificados, constituyendo 23% de todos los nacidos vivos, UNICEF en 2014, reporta que alrededor de 101 de cada 1.000 jóvenes entre 15 y 19 años quedan embarazadas. Para el 2012 en Venezuela, hubo 143.491 nacimientos vivos de madres adolescentes (<15 años a 19 años), según el último informe del Instituto Nacional de Estadística y Carabobo representó el tercer estado con más nacimientos por parte de este sector de la población, con un total de 10.592; solo superado por Miranda con tasa de 11.815 nacimientos y Zulia que ocupó el primer lugar con 21.563 nacimientos.<sup>10,11</sup>

En las Estadísticas Sanitarias Mundiales 2014 se indica que la tasa media de natalidad mundial entre las adolescentes de 15 a 19 años es de 49 por 1000 muchachas. Las tasas nacionales oscilan de 1 a 299 nacimientos por 1000 embarazadas, siendo las más altas las del África Subsahariana.<sup>12</sup>

La Asociación Civil de Planificación Familiar (Plafam) sobre el embarazo adolescente en Venezuela arrojó datos concluyentes: de cada 1.000 embarazadas, 101 son jóvenes de entre 15 y 19, de las adolescentes entre 10 y 19 que representan 11% de los embarazos precoces

en el mundo, por cada 100 partos, 25 son de mujeres menores de 15 años de edad y 23% acaparan la carga global de morbilidad.<sup>13</sup>

Tal situación ha alarmado a las dependencias de salud, no solo por el incremento paulatino del porcentaje de embarazos en adolescentes y los múltiples factores que lo ocasionan, sino por el inicio precoz de la sexualidad, el aumento estimado de 2 a 3 veces en la mortalidad infantil, especialmente debido a la su asociación con malformaciones congénitas.<sup>14</sup>

Por otro lado, no menos importante mencionar que la adolescencia es un momento de la escala de la vida que forma los valores y se forjan las fortalezas sociales, psicológicas y sexuales, incluso es el momento de definir proyectos de vida y crear sus propias bases para el desarrollo individual y de la sociedad. Cuando el embarazo emerge en edades cada vez más tempranas, se convierte en un problema social de alcance mundial; constituyendo en la actualidad un reto de gran envergadura que indudablemente repercute en la calidad de vida de la joven madre, su familia y hasta a la comunidad, ya que la maternidad juvenil reproduce el ciclo de pobreza, estimándose que 70% de ellas, no culminan la educación básica, con mayor probabilidad de deserción escolar.<sup>15-17</sup>

En ese contexto, el Fondo de Población de las Naciones Unidas, Venezuela tiene la tasa más alta de América del Sur y la quinta parte de los niños que nacen en el país son hijos de madres menores de 19 años, más pobres y menos instruidas, siendo la edad media de iniciación sexual se sitúa entre los 12 y 14 años de edad debido a la falta de instrucción, poca madurez físico emocional, baja autoestima, incesto, abuso sexual, consumo de drogas y alcohol y aparición de enfermedades de transmisión sexual.<sup>18,19</sup>

Existen diversas investigaciones referentes al embarazo en adolescentes y a la culminación del mismo, entre los que cabe mencionar Izaguirre y cols., determinaron los factores de riesgos obstétricos presentes en adolescentes en 2015, concluyendo que las adolescentes procedentes del área rural, tienen dos veces más riesgo de presentar una complicación durante el embarazo que las del área urbana, la ruptura prematura de membranas se

presentó con igual frecuencia en ambos grupos, en el parto y posparto los desgarros perineales fueron la complicación más frecuente, presentándose en 5% de los casos y 3% de los controles.<sup>20</sup>

Alcántara, F. por su parte, en el estudio: complicaciones médicas y obstétricas de las embarazadas adolescentes, determinó que la complicación medica más frecuente en adolescentes gestantes fue la infección del tracto urinario (81%) y enfermedades de transmisión sexual (42%); la complicación obstétrica que predominó, la desproporción fetopélvica por feto voluminoso (29%) y estrechez pélvica (21%,) así como la presentación podálica (17%).<sup>21</sup>

En el 2013, Romo S. estudió el embarazo en adolescente, registrando una prevalencia de 25,2%, en la mayoría de los casos (67,6%) las adolescentes cumplieron con los 5 controles prenatales mínimos requeridos tanto por el Ministerio de Salud Pública (MPS) como por la OMS, la mayor parte de los neonatos nacen a término con peso y talla adecuados para edad gestacional, destacando que la mayoría (64%) no elige un método anticonceptivo en el posparto.<sup>22</sup>

Por su parte, Meza, L. determinó las complicaciones y la frecuencia con las que se presentan infecciones de vías urinarias en adolescentes gestantes. Concluyendo que la mayor frecuencia de las infecciones de vías urinarias estuvo en las embarazadas de 15 a 17 años (58%) asociada a factores de riesgos como las infecciones urinarias recurrentes en (55%) e infecciones vaginales (27%).<sup>23</sup>

También, Zamora y cols., en el 2013 con 330 puérperas adolescentes y un grupo control (20 a 30 años); analizaron datos sociodemográficos, atención prenatal, información sobre la evolución y culminación del embarazo, somatometría y valoración del recién nacido, con el objetivo de comparar la morbilidad materno y perinatal entre estos grupos. Concluyeron que el embarazo en adolescente incrementa la morbilidad materna y perinatal.<sup>24</sup>

Podemos resumir que en el embarazo de la adolescente se reconocen una extensa gama de complicaciones ya mencionadas, las cuales abarcan todos los trimestres del embarazo, el parto y puerperio. Durante el embarazo, abortos, hipertensión gestacional, preeclampsia, eclampsia, anemia microcítica hipocrómica relacionada con hábitos nutricionales deficientes. Además existe una alta incidencia de enfermedades de transmisión sexual, como la vaginosis bacteriana con mayor frecuencia por *garnierella vaginalis*, virus de papiloma humano (VPH), así como, la infección de vías urinarias quizá sea en parte responsable de la alta incidencia de parto prematuro. En el parto hemorragias asociadas con afecciones placentarias, desgarros perineales entre otras; desproporción céfalo-pélvica que conlleva a la realización de cesárea aumentando la morbimortalidad en estas gestantes.<sup>25</sup>

En el puerperio la morbilidad está ligada a la vía del nacimiento. Las complicaciones son: desgarro del canal del parto por uso de instrumentos como fórceps o desarrollo incompleto de estas pacientes. La rotura prematura de membranas constituye una de las complicaciones obstétricas más relacionadas con la morbimortalidad materno-perinatal, la infección puede llevar a la inducción de metaloproteinasa que actúan sobre las proteínas de la matriz extracelular de las membranas debilitándolas y provocando así la rotura, asociándose a corioamnionitis.<sup>26</sup>

De lo antes expuesto se evidenció que el embarazo a edades tempranas es un problema ampliamente investigado tanto a nivel internacional como nacional, ya que básicamente son las condiciones socioculturales las que han determinado un aumento considerable en su prevalencia; por lo anteriormente mencionado se planteó la siguiente interrogante: ¿Cuáles serían las complicaciones médicas y obstétricas que conducían a la morbimortalidad materna de las primigestas adolescentes? Para responder la interrogante planteada se estableció como objetivo general: Analizar las complicaciones médicas y obstétricas más frecuentes en adolescentes primigestas; formulándose como objetivos específicos: Identificar las características epidemiológicas; describir los antecedentes ginecológicos y obstétricos; identificar la presencia de complicaciones médicas y obstétricas y correlacionar la presencia de complicaciones en las adolescentes primigestas atendidas en el Hospital

Tipo II “Dr. Miguel Malpica”, municipio Guacara, estado Carabobo entre Enero 2014 a Diciembre 2016.

Para lo cual, esta investigación se basó en los principios contenidos en el Código de Ética para la Vida, en el cual se muestran los valores y principios derivados del respeto a la vida en todas sus formas, teniendo como propósito establecer los lineamientos filosóficos básicos y las normas que de ellos se derivan, estimulando la reflexión y contribuyendo al desarrollo de una conciencia bioética en los espacios para la ciencia, la tecnología y la producción; fomentando a su vez el desarrollo de un sentido de responsabilidad en la investigación como actividad orientada al beneficio de la sociedad.<sup>27</sup>

## MATERIALES Y MÉTODOS

Se trató de una investigación de tipo observacional – descriptivo, cuyo fundamento epistémico se basó en el positivismo lógico. El diseño adoptado fue el no experimental, transversal y retrospectivo.

La población estuvo representada por la totalidad de gestantes adolescentes (605) atendidas para resolución obstétrica en el Hospital “Dr. Miguel Malpica”, municipio Guacara, estado Carabobo, período comprendido desde enero 2014 a diciembre de 2016.

Las adolescentes fueron distribuidas de acuerdo a lo establecido por la Organización Mundial de la Salud en adolescentes precoces (10-13 años), intermedias (14-16 años) y tardías (17-19 años).

La muestra objeto de estudio, de tipo no probabilística, conformada por las historias de aquellas pacientes adolescentes primigestas (337) atendidas en el centro antes descrito, en el periodo precisado y que cumplieron con los siguientes criterios de inclusión: historias de las adolescentes primigestas, correctamente llenas con no menos de 80% de la información requerida. Quedaron excluidas aquellas historias de las adolescentes que tuvieron muchos datos faltantes.

Una vez obtenida la permisología requerida para la realización de la investigación por parte de la Dirección de la Institución de Salud caso de estudio así como por el comité de ética de la misma, para la recolección de la información se utilizó la técnica de la revisión de historias clínicas de las adolescentes que cumplieron con los criterios establecidos.

Como instrumento se diseñó una ficha de recolección de datos, con una secuencia determinada y cubriendo los objetivos del estudio, estructurado en 5 secciones, cada una con varias alternativas: datos de la paciente, antecedentes médicos, antecedentes gineco-obstétricos, complicaciones médicas, complicaciones gineco-obstétricas.

Para el procesamiento de los datos, una vez recopilados se sistematizaron en una tabla maestra en Microsoft®Excel en primer lugar, se aplicó la estadística descriptiva, mediante distribuciones de frecuencia (absolutas y porcentuales) según los objetivos específicos propuestos; a las variables cuantitativas tales como la edad, menarquia, sexarquia, semanas de gestación se les calculó con medidas de tendencia central, variabilidad, dato mínimo y máximo según la distribución de la variable.

Para relacionar la presencia de complicaciones maternas u obstétricas según las variables en estudio se aplicó el análisis no paramétrico de Chi cuadrado para independencia entre variables, adoptando como nivel de significancia estadística P valores inferiores a 0,05. Todo se realizó mediante el paquete de computación estadístico SPSS 12 para Windows.

## RESULTADOS

**TABLA N° 1**  
**CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS DE LA ADOLESCENTES PRIMIGESTAS.**  
**HOSPITAL “DR. MIGUEL MALPICA”, MUNICIPIO GUACARA, ESTADO CARABOBO**  
**PERÍODO ENERO 2014 - DICIEMBRE 2016**

<b>Etapa de la Adolescencia</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
Temprana	3	0,89
Intermedia	110	32,64
Tardía	224	66,47
<b>Nivel educativo</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
3er año	1	0,30
Bachiller	13	3,86
Estudiante de Ingeniería	1	0,30
Estudiante de secundaria	2	0,59
No referido	320	94,96
<b>Estado civil</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
Soltera	274	81,31
Unión de hecho	49	14,54
Casada	10	2,97
No referido	4	1,19
<b>Procedencia</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
Guacara	166	49,26
San Joaquín	47	13,95
Los Guayos	42	12,46
Vigirima	28	8,31
Yagua	16	4,75
Araguita	11	3,26
Valencia	9	2,67
Ciudad Alianza	6	1,78
Mariara	2	0,59
No referido	2	0,59
Paraparal	2	0,59
San Rafael	2	0,59
Parque valencia	1	0,30
La Pradera	1	0,30
San Diego	1	0,30
Trincheras	1	0,30
<b>Total</b>	<b>337</b>	<b>100</b>

Fuente: Datos Propios de la Investigación (Rodríguez; 2017)

De las 337 adolescentes incluidas en el estudio se registró una edad promedio de 17,05 años  $\pm$  0,08, con una edad mínima de 12 años, una máxima de 19 años y un coeficiente de variación de 9% (serie homogénea entre sus datos). Predominando las adolescentes tardías (66,47%= 224 casos).

Un 94,96% de las historias no refería el nivel educativo (320 casos), y de aquellas que lo referían (n=17) fue más frecuente las bachilleres (13 casos). El estado civil predominante fue la soltería (81,31%= 274 casos). En cuanto a la procedencia fueron más frecuentes las adolescentes que provenían de Guacara (49,26%= 166 casos), seguidas de las de San Joaquín (13,95%= 47 casos) y en tercer lugar, de Los Guayos (12,46%= 42 casos).

**TABLA N° 2**  
**ANTECEDENTES GINECOLÓGICOS DE LAS ADOLESCENTES PRIMIGESTAS**  
**HOSPITAL “DR. MIGUEL MALPICA”, MUNICIPIO GUACARA, ESTADO CARABOBO**  
**PERÍODO ENERO 2014 - DICIEMBRE 2016**

<b>Antecedentes ginecológicos</b>		
<b>Menarquia</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
Precoz	48	14,24
Propiamente dicha	270	80,12
Tardía	17	5,04
No referido	2	0,59
<b>Sexarquia</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
10 – 12	8	2,37
13 – 15	191	56,68
16 – 18	131	38,87
19	2	0,59
No referido	5	1,48
<b>Parejas sexuales</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
1	128	37,98
2	88	26,11
3 -4	28	8,31
5 – 7	3	0,89
No referido	90	26,71
<b>Uso de anticonceptivos</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
Si	48	14,24
No	287	85,16
No referido	2	0,59

Fuente: Datos Propios de la Investigación (Rodríguez; 2017)

Se registró una edad promedio de menarquia de 11,96 años  $\pm$  0,08, con una edad mínima de 8 años, una máxima de 16 años y un coeficiente de variación de 12% (serie homogénea entre sus datos). Predominando aquellas adolescente con menarquia propiamente dicha (80,12%= 270 casos).

La edad de inicio de actividad sexual (AS) registró un promedio de 15,15 años  $\pm$  0,08, con una edad mínima de 10 años, una máxima de 19 años y un coeficiente de variación de 10% (serie homogénea entre sus datos). Siendo más frecuentes aquellas adolescentes que iniciaron sus relaciones sexuales entre los 13 y 15 años (56,68%= 191 casos), seguidas de las que iniciaron sus relaciones sexuales entre los 16 y 18 años (38,87%= 131 casos).

De las pacientes que refirieron el dato (n=247), se registró una mediana de 1 pareja sexual, con un rango intercuartilico de 0,5, un mínimo de 1 pareja y un máximo de 7 parejas; siendo más frecuentes las adolescentes con 1 pareja sexual (37,98%= 128 casos) seguidas por aquellas con 2 parejas sexuales (26,11= 88 casos). Sólo un 14,24% de las adolescentes refirió utilizar métodos anticonceptivos (48 casos), siendo el más utilizado el anticonceptivo oral (48 casos).

**TABLA N° 3**  
**ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS DE LAS ADOLESCENTES PRIMIGESTAS**  
**HOSPITAL “DR. MIGUEL MALPICA”, MUNICIPIO GUACARA, ESTADO CARABOBO,**  
**PERÍODO ENERO 2014 - DICIEMBRE 2016**

<b>Edad gestacional</b>	<b>f</b>	<b>%</b>	<b>Resolución del embarazo</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
Pre término	9	2,67	Vaginal	258	76,56
A término	326	96,74	Cesárea	79	23,44
Post termino	2	0,59			
<b>Tipo Control del embarazo</b>	<b>f</b>	<b>%</b>	<b>Presencia de comorbilidades</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
Bien controlado	183	54,46	No	327	97,03
Mal controlado	56	16,67	Si	10	2,97
No controlado	97	28,87			
<b>Tipo de comorbilidad</b>	<b>f</b>	<b>%</b>			
Incompatibilidad RH	7	70			
Toxoplasmosis	2	20			
Artritis reumatoide juvenil	1	10			
			<b>Total 337 Primigestas</b>		

Fuente: Datos Propios de la Investigación (Rodríguez; 2017)

De los antecedentes obstétricos, 96,74% (326 casos), de las adolescentes fueron embarazos a término, siendo bien controlados 54,46% (183 casos), con resolución predominantemente por vía vaginal 76,56% (258 casos) y el 97,03% (327 casos) no presentaba ninguna comorbilidad; de los 10 casos que la presentaban la más frecuente fue la incompatibilidad del factor RH 70% (7 casos).

**TABLA N° 4**  
**COMPLICACIONES MÉDICAS PRESENTES EN LAS ADOLESCENTES PRIMIGESTAS**  
**HOSPITAL “DR. MIGUEL MALPICA”, MUNICIPIO GUACARA, ESTADO CARABOBO,**  
**PERÍODO ENERO 2014 - DICIEMBRE DE 2016**

<b>Patología médica</b>	<b>F</b>	<b>%</b>
Si	258	76,79
No	78	23,21
<b>Total</b>	<b>337</b>	<b>100</b>
<b>Tipo de patología medica</b>	<b>F</b>	<b>%</b>
Infección del tracto urinario (ITU)	154	59,69
Vaginosis	92	35,66
Anemia	68	26,36
Leucorrea	62	24,03
VPH	14	5,43
Candidiasis	11	4,26
Condiloma vulvo-vaginal	2	0,78
LUES tratado	2	0,78
VDRL positivo	1	0,39

Fuente: Datos Propios de la Investigación (Rodríguez; 2017)

Un predominante 76,79% (258 casos) de las adolescentes presentaba algún tipo de patología médica durante el embarazo, siendo la más frecuente la infección del tracto urinario 59,69% (154 casos), seguida de la vaginosis 35,66% (92 casos), en tercer lugar se presentó la anemia 26,36% (68 casos) y en cuarto lugar la leucorrea 24,03% (62 casos).

**TABLA N° 5**  
**COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS PRESENTES EN LAS ADOLESCENTES PRIMIGESTAS**  
**HOSPITAL “DR. MIGUEL MALPICA”, MUNICIPIO GUACARA, ESTADO CARABOBO,**  
**PERÍODO ENERO 2014 A DICIEMBRE DE 2016**

<b>Complicación obstétrica</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
Si	131	38,87
No	206	61,13
<b>Total</b>	<b>337</b>	<b>100</b>
<b>Tipo de patología obstétrica</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
Desproporción Céfalo Pélvica (DCP)	52	39,69
Anemia Postparto por hemorragia	26	19,85
HTA Inducida por el embarazo (HTAIE)	14	10,69
Hemorragia Postparto	9	6,87
Retención Restos placentarios	9	6,87
Desgarro de cérvix	6	4,58
Desgarro vulvo – vaginal	4	3,05
Endometritis Postparto	3	2,29
Dehiscencia Episiotomía	2	1,53
Hematoma de herida	1	0,76
Mastitis Postparto	1	0,76

Fuente: Datos Propios de la Investigación (Rodríguez; 2017)

Sólo un 38,87% de las primigestas adolescentes presentaron algún tipo de complicación obstétrica (131 casos); siendo la más frecuente la desproporción céfalo-pélvica 39,69% (52 casos), seguida de la anemia post parto por causas hemorrágicas 19,85% (26 casos); en tercer lugar se presentó la HTA inducida por el embarazo 10,69% (14 casos).

**TABLA N° 6**  
**RELACIÓN ENTRE COMPLICACIONES MÉDICAS Y CARACTERÍSTICAS**  
**EPIDEMIOLOGICAS PRESENTES EN LAS ADOLESCENTES EN ESTUDIO**  
**PERÍODO ENERO 2014 - DICIEMBRE 2016**

<b>Patología médica</b>	<b>No</b>		<b>Si</b>		<b>Total</b>	
<b>Etapa de la Adolescencia</b>	<b>f</b>	<b>%</b>	<b>F</b>	<b>%</b>	<b>F</b>	<b>%</b>
Temprana	1	0,30	2	0,60	3	0,89
Intermedia	29	8,63	81	24,11	110	32,74
Tardía	48	14,29	175	52,08	223	66,37
<b>Nivel educativo</b>	<b>f</b>	<b>%</b>	<b>F</b>	<b>%</b>	<b>F</b>	<b>%</b>
3er año	0	0	1	0,30	1	0,30
Bachiller	4	1,19	9	2,68	13	3,86
Estudiante de Ingeniería	0	0	1	0,30	1	0,30
Estudiante de secundaria	0	0	2	0,59	2	0,59
No referido	74	22,02	245	72,92	319	94,94
<b>Menarquia</b>	<b>f</b>	<b>%</b>	<b>F</b>	<b>%</b>	<b>F</b>	<b>%</b>
Precoz	12	3,57	36	10,71	48	14,24
Propiamente dicha	61	18,15	208	61,90	270	80,12
Tardía	4	1,19	13	3,87	17	5,04
No referido	1	0,30	1	0,30	2	0,60
<b>Uso de anticonceptivos</b>	<b>f</b>	<b>%</b>	<b>F</b>	<b>%</b>	<b>F</b>	<b>%</b>
Si	7	2,08	41	12,20	48	14,24
No	71	21,13	215	63,99	287	85,16
No referido	0	0	2	0,60	2	0,60
<b>Tipo control</b>	<b>f</b>	<b>%</b>	<b>F</b>	<b>%</b>	<b>F</b>	<b>%</b>
Bien controlado	34	10,12	149	44,35	183	54,46
Mal controlado	14	4,17	42	12,50	56	16,67
No controlado	30	8,93	67	19,94	97	28,87
<b>Edad gestacional</b>	<b>f</b>	<b>%</b>	<b>F</b>	<b>%</b>	<b>F</b>	<b>%</b>
Pre término	2	0,60	7	2,08	9	2,67
A término	76	22,34	250	74,40	326	96,74
Post término	1	0,30	1	0,30	2	0,60
<b>Resolución del embarazo</b>	<b>f</b>	<b>%</b>	<b>F</b>	<b>%</b>	<b>F</b>	<b>%</b>
Vaginal	65	19,35	192	57,14	257	76,49
Cesárea	13	3,87	66	19,64	79	23,51
<b>Total</b>	<b>78</b>	<b>23,21</b>	<b>258</b>	<b>76,79</b>	<b>336</b>	<b>100</b>

Fuente: Datos Propios de la Investigación (Rodríguez; 2017)

Las patologías médicas proporcionalmente se presentaron con mayor frecuencia en aquellas embarazadas con adolescencia temprana (2/3) y tardía (175/223). Entre las bachilleres (9/13); Con menarquia propiamente dicha (208/270); que consumían anticonceptivos orales(41/48); con embarazos bien controlados (149/183); con embarazos pretérmino (7/9) y a término (250/326) y con resolución del embarazo por cesárea (66/79).

**TABLA N° 7**  
**RELACION ENTRE COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS Y CARACTERÍSTICAS**  
**EPIDEMIOLÓGICAS PRESENTES EN LAS ADOLESCENTES EN ESTUDIO.**  
**PERÍODO ENERO 2014 - DICIEMBRE 2016**

<b>Complicación obstétrica</b>	<b>No</b>		<b>Si</b>		<b>Total</b>	
<b>Etapa de la Adolescencia</b>	<b>f</b>	<b>%</b>	<b>f</b>	<b>%</b>	<b>F</b>	<b>%</b>
Temprana	2	0,59	1	0,30	3	0,89
Intermedia	64	18,99	46	13,65	110	32,64
Tardía	140	41,54	84	24,93	224	66,47
<b>Nivel educativo</b>	<b>f</b>	<b>%</b>	<b>f</b>	<b>%</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
3er año	1	0,30	0	0	1	0,30
Bachiller	5	1,48	8	2,37	13	3,86
Estudiante de Ingenieria	0	0	1	0,30	1	0,30
Estudiantede secundaria	1	0,30	1	0,30	2	0,59
No referido	199	59,05	121	35,91	320	94,96
<b>Menarquia</b>	<b>f</b>	<b>%</b>	<b>f</b>	<b>%</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
Precoz	29	8,61	19	5,64	48	14,24
Propiamente dicha	164	48,66	106	31,45	270	80,12
Tardía	13	3,86	4	1,19	17	5,04
No referido	0	0	2	0,59	2	0,59
<b>Uso de anticonceptivos</b>	<b>f</b>	<b>%</b>	<b>f</b>	<b>%</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
Si	31	9,20	17	5,04	48	14,24
No	173	51,34	114	33,83	287	85,16
No referido	2	0,59	0	0	2	0,59
<b>Tipo control</b>	<b>f</b>	<b>%</b>	<b>f</b>	<b>%</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
Bien controlado	108	32,05	76	22,55	183	54,46
Mal controlado	39	11,57	17	5,04	56	16,67
No controlado	59	17,51	38	11,28	97	28,87
<b>Edad gestacional</b>	<b>f</b>	<b>%</b>	<b>f</b>	<b>%</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
Pre término	1	0,30	8	2,37	9	2,67
A término	204	60,53	122	36,20	326	96,74
Post término	1	0,30	1	0,30	2	0,60
<b>Resolución del embarazo</b>	<b>f</b>	<b>%</b>	<b>f</b>	<b>%</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
Vaginal	201	59,04	57	16,91	258	76,56
Cesárea	5	1,48	74	21,96	79	23,44
<b>Total</b>	<b>206</b>	<b>61,13</b>	<b>131</b>	<b>38,87</b>	<b>337</b>	<b>100</b>

Fuente: Datos Propios de la Investigación (Rodríguez; 2017)

En cuanto a la relación entre las complicaciones obstétricas y características epidemiológicas, proporcionalmente se presentaron con mayor frecuencia en aquellas embarazadas con adolescencia intermedia (46/110), seguida de las tardías (84/223); entre las bachilleres (8/13); con menarquia propiamente dicha (106/270); que no consumían anticonceptivos orales (114/287); con embarazos bien controlados (76/183); con gestación pretérmino (8/9) y a término (122/326) y con resolución del embarazo por cesárea (74/79).

En este contexto, se encontró una asociación estadísticamente significativa entre la presencia de complicaciones obstétricas y la edad gestacional ( $X^2=9,87$ ; 2 gl; P valor=  $0,0072 < 0,05$ ) e igualmente según la resolución del embarazo ( $X^2=127,41$ ; 1 gl; P valor=  $0,0000 < 0,05$ ).

## DISCUSIÓN

A lo largo de la últimas décadas los diferentes estudios nacionales e internacionales reportan un aumento de la frecuencia del embarazo en la adolescencia, por lo que, actualmente es considerado como un problema de salud pública, no solo incorporado a los trastornos orgánicos propios de la juventud, sino, que implican factores de riesgo para su salud física y mental; así mismo, su asociación a múltiples complicaciones médicas y obstétricas.<sup>5,6</sup>

En éste estudio la edad promedio de las adolescentes fue 17,05 años  $\pm$  0,08, predominando las adolescentes tardías (66,47%), encontrando gran similitud con lo encontrado por Torres I, donde la adolescencia tardía fue el grupo etario más frecuente con una edad promedio de 16,9 años.<sup>7</sup> Del mismo modo Rengifo J, encontró una edad promedio de las primigestas adolescentes de 17,88 años.<sup>28</sup> En cuanto a la escolaridad el 94,96% de las historias no refería el nivel educativo (320 casos), y de aquellas que lo referían (n=17) fue más frecuente las bachilleres 3,86% (13 casos), igual a lo encontrado por Blanquet J, donde 8,7% tenían secundaria completa,<sup>29</sup> en contraste, Tejada V E, en su estudio reportó cifras mayores 82,85%.<sup>8</sup>

El estado civil predominantemente encontrado fue la soltería (81,31%= 274 casos), al igual que lo reportado por Rengifo, J y Alcántara F, donde prevaleció la soltería, pero con cifras menores 47,8% y 50% respectivamente, pudiendo estar relacionado con el número de casos estudiados.<sup>28,21</sup> En contraposición con Reyes O, donde el estado civil más frecuente fue la unión libre con 54,74%.<sup>30</sup> Con respecto, al lugar de procedencia fueron más frecuentes las adolescentes que provenían de Guacara 49,26%, municipio foráneo del estado Carabobo, en el cuál se encuentra ubicado el hospital cuya población fue objeto de estudio; éstos resultados coinciden con los de Alcántara F, cuyo estudio fue realizado en el hospital ya mencionado, sin embargo su frecuencia encontrada 86,67% fue superior a la del presente estudio,<sup>21</sup> seguidas de aquellas que provenían de San Joaquín 13,95% y en tercer lugar Los Guayos 12,46%.

La edad más frecuente de la menarquía fue 11,96 años  $\pm$  0,08. Predominando las adolescentes con menarquía propiamente dicha 80,12%, guardando similitud con los estudios de García K y Blanquet J,<sup>29,31</sup> donde el promedio de la misma fue 12,58 DS $\pm$  1 año y 11,7  $\pm$  1,4 años respectivamente.

La edad de inicio de AS registró un promedio de 15,15 años. Siendo más frecuentes en las que iniciaron entre 13 y 15 años 56,68%, coincidiendo con Alcántara F, cuya edad promedio 15,03 años, e inicio de AS entre 13 y 15 años, 70%<sup>21</sup> y el de Holguín M Y 15 años, con inicio entre 14 y 16 años, 42,5%.<sup>1</sup> En este orden de ideas, el presente estudio registró una mediana de 1 pareja sexual, siendo el porcentaje más frecuente (37,98%) discrepando de lo reportado por Holguín M Y donde el 12,7% refería más de una pareja sexual, con una mediana de 2 parejas.<sup>1</sup> Referente a los métodos anticonceptivos el más utilizado fue el anticonceptivo oral 14,24%, discrepando del estudio de Blanquet J y Panduro J, donde el método más usado fue el método de barrera (preservativo) 71.1% y 58% respectivamente.<sup>29,32</sup>

Un 54,46% de las primigestas tuvieron un buen control del embarazo ( $\geq$ 5 consultas prenatales), igualmente, Zamora L y Panduro J, obtuvieron 46% y 48,4% ( $\geq$  6 consultas prenatales) respectivamente, cifras relativamente parecidas a esta investigación.<sup>24,32</sup>

En la mayoría de los casos, los embarazos culminaron a término ( $\geq$ 37- $<$ 42 semanas de gestación) 96,74%, coincidiendo con Torres I y Tejada, (77,12%).<sup>7,8</sup> En la resolución del embarazo predominó el parto vaginal 76,56%, cifra mayor a lo publicado por Zamora L, 61%<sup>24</sup> y discrepando de Aguirre C donde, 66,7% terminaron en cesárea.<sup>5</sup>

El 76,79% presentó algún tipo de patología médica durante el embarazo, siendo la más frecuente la infección del tracto urinario 59,69%, coincidiendo con Aguirre C, cuya primera complicación (55,6%) fueron las infecciones del tracto urinario; sin embargo, el porcentaje encontrado en el presente estudio supera significativamente a lo obtenido por Tejada V (22,71%) y Meza L, (22%) con respecto a la presencia de ITU.<sup>5,8,23</sup> La segunda patología encontrada fue vaginosis (35,66%) con una frecuencia más alta que la encontrada

por Blanquet J, (10,6%)<sup>29</sup> y por último, un 26,36% presentó anemia en proporción similar a lo reportado por Aguirre C (27,8%) e inferior a la señalada por Tejada V (30,33%).<sup>5,8</sup>

Las complicaciones obstétricas se presentaron en 38,87% (131 casos) siendo la más frecuente la desproporción cefalopélvica 39,69%, muy similar a lo conseguido por Aguirre C, que obtuvo una frecuencia equivalente a 41,7%.<sup>5</sup> La segunda complicación más frecuente fue la anemia post parto por causas hemorrágicas 19,85% (26 casos) proporción muy inferior a lo reportado por Torres I (43%)<sup>7</sup> y en tercer lugar se presentó la HTA inducida por el embarazo 10,69% (14 casos).

## CONCLUSIONES

De los resultados encontrados en ésta investigación donde se describen las características epidemiológicas de las primigestas adolescentes, debemos resaltar la edad promedio 17,05 años, prevaleciendo las adolescentes tardías, en estado de soltería soltería y provenientes de Guacara.

La edad promedio de la menarquia 11,96 años, predominando aquellas adolescentes con menarquia propiamente dicha, siendo la edad de inicio de la AS en promedio 15,15 años.

Es pertinente mencionar, que una alta proporción de las adolescentes presentaron embarazos a término, bien controlados, que culminaron en parto vaginal.

Esta investigación reveló que la patología médica predominante fue la infección del tracto urinario y la desproporción cefalopélvica, la complicación obstétrica preponderante

Sin embargo, es importante resaltar que las patologías médicas encontradas fueron proporcionalmente similares entre aquellas embarazadas con adolescencia temprana y tardía, bachilleres, menarquia propiamente dicha; que consumían anticonceptivos orales, embarazos bien controlados; con embarazos pretérmino y a término, y con resolución del embarazo por cesárea.

Las complicaciones obstétricas más frecuentes se encontraron en aquellas embarazadas con adolescencia intermedia, bachilleres, con menarquia propiamente dicha; que consumían anticonceptivos orales; con embarazos bien controlados; cuyo embarazo culminó pretérmino y con resolución del embarazo por cesárea. Asociación estadísticamente significativa entre la presencia de complicaciones obstétricas y la edad gestacional e la resolución del embarazo ( $P < 0,05$ ).

## **RECOMENDACIONES**

Resaltar la importancia del control prenatal precoz en la prosecución de un embarazo normal y un recién nacido sano.

Implementar programas de educación sexual y salud reproductiva, tanto en los institutos educativos como centros hospitalarios, dirigido a los adolescentes, con la finalidad de fomentar su conocimiento, que permita reducir éste problema de salud pública y los riesgos asociados al embarazo no deseado en éste grupo poblacional.

Promover la implementación de charlas educativas para los padres tanto en la comunidad como en las escuelas a fin de fomentar los principios básicos de educación sexual desde el hogar que orienten a sus hijos hacia un proyecto de vida y sexualidad responsable.

Al momento de la revisión de las historias, se observó datos no referidos, que permitieran obtener mayor información de estas pacientes, por lo tanto; se recomienda promover entre el personal de salud el llenado correcto y completo de las historias.

## REFERENCIAS

- 1.- Holguín M Y P, Mendoza T L A, Esquivel T C M, Sánchez M R, Daraviña B A F, Acuña P M. Factores asociados al inicio de la actividad sexual en adolescentes de Tuluá, Colombia. Rev. chil. obstet. ginecol. vol.78 no.3 Santiago 2013. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262013000300007>.
- 2.- Mendoza T L A, Claros B D I, Peñaranda O C B Actividad sexual temprana y embarazo en la adolescencia: estado del arte. Rev. chil. obstet. ginecol. Vol. 81 no.3 Santiago jun. 2016 <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262016000300012>
- 3.- Organización Mundial de la Salud. Salud de la madre y el recién nacido. Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente (2016-2030) Sobrevivir, prosperar, transformar. Ginebra. OMS; 2017.
- 4.- Cogollo J R. Aspectos biopsicosociales asociados al embarazo adolescente. Rev Cuid Vol.3 no.1 Bucaramanga Junio 2012 [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2216-09732012000100019](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2216-09732012000100019)
- 5.-Aguirre CCD, Carreño M Y, Huaman P J, Huarcaya S E. Complicaciones maternas y fetales en adolescentes que acuden al centro de salud materno infantil Perú en corea del AA.HH. Pachacutec 2015. [studylib.es/doc/5378267/complicaciones-maternas-y-fetales-en-adolescentes](http://studylib.es/doc/5378267/complicaciones-maternas-y-fetales-en-adolescentes)
- 6.- Fondo de las Naciones Unidas. Hacer efectivo los derechos de los adolescentes. Nueva York: UNICEF; 2011. P 16-391
- 7.- Torres I y col. Embarazo en adolescentes, riesgos obstétricos durante el parto y puerperio inmediato, en el Hospital Leonardo Martínez Valenzuela Vertientes Rev. Especializada en ciencias de la salud 2015,18(2):29-34
- 8.- Tejada V, E, Vargas Z, J, Villanueva R, J Castañón G, M. Perfil epidemiológico de embarazo en adolescentes atendidas en el Hospital “Hipólito Unanue” de Tacna, 2000 – 2013 Revista Médica Hospital Hipólito Unanue – Tacna Abril 2015; 8(1):15-18.
- 9.- Silva A J. Embarazo en Adolescente. Rev Madre Tierra [online].2013; Disponible en: <http://revistamadretierra.com/2013/07/elembarazo-en-la-adolescencia/>
- 10.- Fondo de las Naciones Unidas. UNICEF Venezuela Embarazo adolescente; 2014. [https://www.unicef.org/venezuela/spanish/health\\_11976.html](https://www.unicef.org/venezuela/spanish/health_11976.html)
- 11.-Bermúdez Pertuz, s. Relación entre factores psicosociales y Complicaciones obstétricas en las Adolescentes embarazadas. Trabajo Especial de Grado presentado ante la División de Estudios para Graduados de la Facultad de Medicina de La Universidad del Zulia, para

optar al Título de Especialista en Obstetricia y Ginecología, 3. Biblioteca digital Repositorio Académico, Maracaibo Servi Luz 2013. Disponible en <https://es.scribd.com/document/315613975/Antecedente-Bermudez-Pertuz-Said-Yulibeth>

12.-Organización mundial de la salud. (OMS) El embarazo en la adolescencia [www.who.int/mediacentre/factsheets/fs364/es/](http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs364/es/)

13.-Avesa, Accsi, Aliadas en Cadena; Los Derechos y la Salud Sexual y Reproductiva en Venezuela tomo 2: Embarazo Adolescente. Caracas 2015, p. 11. Disponible en: [www.aliadasencadena.org/wp.../DSSR-en-Venezuela-\\_Tomo-2.-Embarazo-adolescente.pdf](http://www.aliadasencadena.org/wp.../DSSR-en-Venezuela-_Tomo-2.-Embarazo-adolescente.pdf)

14.-Reyes Reyes E, Orive Rodríguez NM, Peña Mancebo O, Romero Portelles L, Cardosa Paredes M. Embarazo en la adolescencia, comportamiento epidemiológico en Las Tunas en el período 2012-2014. Revista Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurret. 2015; 40(9) Disponible en: <http://revzoilomarinaldo.sld.cu/index.php/zmv/article/view/310>

15.- Menéndez R, López L, Rodríguez R G, Salabria M, Izquierdo CM. La adolescencia y su importancia para la vida.Rev. ImbiomedArchiMed. Septiembre-Octubre 2008; 4(5):1-7

16.- Organización Panamericana de la Salud. La Salud Sexual y Reproductiva de los Adolescentes y los Jóvenes: Oportunidades, Enfoques y Opiniones: Washington D.C: OPS; 2008: 5.

17.- López Y, Embarazo en la adolescencia y su repercusión biopsicosocial, sobre el organismo de la madre y su futuro hijo. Rev. Cub Enfermer (Cuba) 2011; 27(4):337-350.

18.- Acevedo A. I. Conocimientos sobre embarazo precoz y Métodos anticonceptivos en adolescentes. Trabajo Especial de Grado presentado ante la División de Estudios para Graduados de la Facultad de Medicina de la Universidad Del Zulia para optar al título de especialista en Pediatría. Biblioteca digital Repositorio Académico, Maracaibo Diciembre 2014

19.- Agüero O y Avilán J. Edad, paridad, embarazo y parto. Rev Obst Ginec Venez. 2011; 61:147-15

20.- Izaguirre G A, Aguilar R V, Ramírez I A, Valladares R G y cols. Riesgo obstétrico presente en adolescentes del Hospital Dr. Enrique Aguilar Cerrato de La Esperanza, Intibucá, Honduras durante el año 2015. Archv Med 2016; p.1

21.- Alcántara, F, Complicaciones médicas y obstétricas de las embarazadas adolescentes. Trabajo Especial de Grado, no publicado, para optar al grado de Especialista en Ginecología y Obstetricia Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de Carabobo. 2012; p 22-25 Disponible en: [www.mriuc.bc.uc.edu.ve/bitstream/handle/123456789/flopez](http://www.mriuc.bc.uc.edu.ve/bitstream/handle/123456789/flopez)

- 22.- Romo R S, Embarazo en Adolescente. (Tesis) de Grado no publicado para optar al Título de Médico Universidad San Francisco de Quito Facultad de Medicina; 2013; p.35-36. Disponible en: [www.repositorio.usfq.edu.ec/bitstream/23000/2171/1/106912](http://www.repositorio.usfq.edu.ec/bitstream/23000/2171/1/106912)
- 23.- Meza L, Complicaciones y frecuencia de las infecciones de vías urinarias en adolescentes embarazadas en el Hospital Gineco Obstétrico “Enrique C Sotomayor” Trabajo Especial de Grado no publicado, para optar al grado de Especialista en Obstetricia Universidad de Guayaquil. Facultad de Medicina 2012-2013: p 41 disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/1868>
- 24.- Zamora L AN, Panduro B JG, Pérez M JJ, Quezada F N A, González M J, Fajardo D S. Embarazo en adolescentes y sus complicaciones materno perinatales. Rev Med MD 2013; 4.5 (4)12: 233-238 disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/revmed/md-2013/md134e.pdf>
- 25.- Barón J V, Embarazo en adolescente. Complicaciones. Rev. Med. De Costa Rica y Centroamérica LXX (605) 2013; p. 65-69 disponible en: [www.medigraphic.com/pdfs/revmedcoscen/rmc-2013/rmc131m.pdf](http://www.medigraphic.com/pdfs/revmedcoscen/rmc-2013/rmc131m.pdf)
- 26.- Ulanowicz M G, Parra K E, Wendler G E, Monzon L T, Riesgos en el embarazo adolescente. Rev. de Postgrado de la VI Catedra de Medicina 2006; 153 p. 15 disponible en [https://med.unne.edu.ar/revista153/4\\_153.htm](https://med.unne.edu.ar/revista153/4_153.htm)
- 27.- Código de ética para la vida. Ministerio del Poder Popular para la Ciencia, Tecnología e Industrias Intermedias República Bolivariana de Venezuela Ministerio del Poder Popular para la Ciencia, Tecnología e Industrias Intermedias
- 28.- Rengifo J. Características epidemiológicas y complicaciones del embarazo y del recién nacido en primigestas adolescentes y jóvenes atendidas en la Clínica González-Lince. Trabajo especial de grado Enero 2013-Diciembre 2015. Universidad de San Martín de Porres, Lima Perú.
- 29.- Blanquet G J, Montoya C A, Carranza Lira S. Características sociodemográficas de la adolescente embarazada en un hospital de alta especialidad. Rev Med Inst Mex Seguro Social 2016; 54 (S3).
- 30.- Reyes O F, Erazo C A, Carrasco M J C, Gonzales D, Mendoza T AF, Mejía R M E, Flores Q J C, et al. Complicaciones obstétricas en adolescentes y mujeres adultas con o sin factores de riesgo asociados. Arch de Med ISSN 1698-9465 2016 Vol. 12 No. 4: 4 doi: 10.3823/1327 .disponible en : [www.archivosdemedicina.com](http://www.archivosdemedicina.com)
- 31.- García A y Sánchez R. Características sociodemográficas de las gestantes adolescentes atendidas en el Centro de Salud Carmen de la Legua. Callao 2016, Tesis Para Optar El Título Profesional de Licenciada En Obstetricia. Universidad Privada Arzobispo Loayza Facultad De La Salud Escuela Profesional De Obstetricia. Lima. Perú

32.- Panduro G, Jiménez P Pérez J. Panduro E, Peraza D. Quezada N *Embarazo en adolescentes y sus repercusiones materno perinatales*. Ginecol Obstet Mex 2012;80(11):694-704. Disponible en: [www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/williamsoler/repercusiones\\_materno\\_perinatales.pdf](http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/williamsoler/repercusiones_materno_perinatales.pdf)

## ANEXO A

### FICHA DE REGISTRO

HISTORIA				FECHA			
<b>Edad</b>	Adolescencia Temprana		<b>Nivel Educativo</b>	Analfabeta			
				Primaria			
	Adolescencia Media			Secundaria			
	Adolescencia Tardía			Bachillerato			
				Universitaria			
<b>Lugar de Procedencia</b> (municipio o parroquia)			<b>Estado Civil</b>	Casada			
				Soltera			
				Unión de Hecho			
<b>Antecedentes Ginecológicos</b>							
<b>Menarquia (años)</b>	Temprana		<b>Sexarquia</b>				
	Media						
	Tardía						
<b>Número de parejas sexuales</b>			<b>Uso de anticonceptivos</b>	ACO			
				Barrera			
				DIU			
<b>Antecedentes Obstétricos</b>							
<b>Control del embarazo</b>	No controlado		<b>Edad gestacional</b>	Pretérmino			
	Mal controlado			A término			
	Controlado			Post término			
<b>Comorbilidades</b>	Presente		(tipo)				
	Ausente						
<b>Complicaciones Médicas</b>				<b>Complicaciones obstétricas</b>			
Desnutrición			Vías de resolución del embarazo	Parto vaginal			
				Cesárea			
Anemia			Ruptura Prematura de Membrana (RPM)				
			Parto pre término				
Infecciones urinarias Semana			Diabetes gestacional				
			Hipertensión arterial inducida por el embarazo.(HTAIE)				
Infecciones ginecológicas Semana			Hemorragia postparto				
			Depresión postparto				
Otra			Otra				
			Muerte				