

Factores de riesgo psicosociales y biológicos presentes en las adolescentes embarazadas y sus recién nacidos. Una visión de principios de siglo

*Dres. Raíza M Portillo-Pérez¹, Nelly C Petit-Molero², Edgardo José Mengual-Moreno³,
Gustavo A Morales-Rincón⁴, Enoe E Medrano Leon⁵, Gregory José Reyes Acevedo⁶*

RESUMEN

El embarazo en la adolescente constituye un problema social y económico en países desarrollados y subdesarrollados por las complicaciones que acarrea. Es una situación multifactorial, factores psicosociales y biológicos se han asociado con patología en el embarazo, parto y recién nacido de la gestante adolescente. Las consecuencias del embarazo en este grupo son devastadoras porque refuerzan el círculo de pobreza que impacta negativamente el desarrollo de estos niños. Se realizó un estudio prospectivo en 458 adolescentes embarazadas, atendidas en la Maternidad Armando Castillo Plaza, en el lapso mayo 2000- mayo 2003. Se elaboró un instrumento basado en el cuestionario HEADSS, al cual se le anexaron las patologías antes enumeradas. El desconocimiento de métodos anticonceptivos y la deserción escolar antes del embarazo encabezarón la lista de factores de riesgo

¹Facultad de Medicina, Universidad del Zulia. Unidad de Neonatología Maternidad Dr. Armando Castillo Plaza. Servicio Autónomo Hospital Universitario de Maracaibo Maracaibo, Venezuela

Teléfono +58 414 616- 0567. raizaportillo20@gmail.com

² Dra. Ciencias Médicas. Profesora Asociada al Instituto de Investigaciones Biológicas "Dr. Orlando Castejón Sandoval" Facultad de Medicina. Academia de Medicina del Zulia. [https:// orcid.org/0000-0003-2786-0329](https://orcid.org/0000-0003-2786-0329)

³Edgardo José Mengual Moreno. Docente Universidad del Zulia. Instituto de Investigaciones Biológica" Dr. Orlando Castejón Sandoval". Facultad de Medicina. <https://orcid.org/0000-0002-9872-5186>

⁴Gustavo Adolfo Morales Rincón. Gineco-Obstetra. Dr. Ciencias Médicas. Facultad de Medicina. Escuela de Medicina. Universidad del Zulia. Departamento de Cirugía Hospital de Nuestra Señora de la Chiquinquirá. Maracaibo. Edo Zulia. [https:// orcid.org/0009-0003-0557-7204](https://orcid.org/0009-0003-0557-7204)

⁵Neuro-Pediatra. Dra. Ciencias Médicas. Facultad de Medicina. Escuela de Medicina. Universidad del Zulia. Hospital General del Sur. Maracaibo. Edo Zulia. [https:// orcid.org/0009-0003-8914-8107](https://orcid.org/0009-0003-8914-8107)

⁶ Universidad del Zulia. Postgrado de Medicina. [https:// orcid.org/0009-0006-3906-6498](https://orcid.org/0009-0006-3906-6498)

psicosociales, con un 94,5 % y 94,3% respectivamente. El abuso sexual fue referido por el 33,4% de las pacientes y el 57,5% correspondió al abuso sexual en menores de 13 años. El 82,8% eran primigestas de 13-15 años. Más de la mitad tuvo un control prenatal tardío, no se practicó serología y comenzó las relaciones sexuales entre 13-15 años. La anemia (46,5%), la cesárea (19,9%) y el nacimiento pretérmino (12,5%) fueron las patologías más frecuentemente encontradas en el grupo estudiado. Los hallazgos de este estudio confirman la asociación de factores biopsicosociales con patología en estas jóvenes embarazadas. El objetivo de este estudio es identificar los factores de riesgo a través de la aplicación de un instrumento en el contexto de la consulta prenatal, para ofrecer una atención integral a la adolescente embarazada y realizar intervenciones oportunas que reduzcan las complicaciones perinatales

Palabras clave: factores de riesgo, embarazo, adolescente, patología, recién nacido

ABSTRACT

Adolescent pregnancy is an economic and social problem in developed and underdeveloped countries because of the complications that it produces. It is a multifactorial situation, psychosocial and biological factors have been associated with pathology in pregnancy, delivery and newborn of the pregnant adolescent. The consequences of pregnancy in this group are devastating because it reinforces the cycle of poverty that negatively impacts the development of these children. We made a prospective study on 458 pregnant adolescents treated at the Armando Castillo Plaza maternity hospital, during the period from May 2000 to May 2003. A structured questionnaire, modified HEADSS, was applied in order to register the psychosocial and biological factors related to pathologies listed above. Lack of knowledge of contraceptive occupied first place on the list of psychosocial risk factors, taking place on 94.5% of the cases. School desertion before pregnancy followed with 94.3%. It is important to highlight that sexual abuse was reported by 33.4% of the patients, the most frequent age group was under 13 years old by 57.5%. 82.8% were primigravidas, between 13-15 years old. More than half had late prenatal care, did not undergo serology, and began sexual relations between 13-15 years old. Anemia (46.5%), cesarean section (19.9%) and preterm births (12.5%) were the most frequent pathologies. Our objective is to identify the psychosocial and biological risk factors that relate to pathologies in pregnant adolescents through the application of an instrument that will be applied in the prenatal consultation to offer comprehensive care to pregnant adolescents, allow for timely intervention in high risk adolescent and reduce perinatal complications that are common in this group.

Key words: risk factors, pregnancy, adolescent, pathology, newborn

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define como adolescencia al período de la vida en el cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida la independencia socioeconómica; se han fijado sus límites entre los 10 y los 19 años. Es una etapa de crecimiento y desarrollo caracterizada por complejos cambios biológicos, psicológicos y sociales que necesitan atención. El final de la adolescencia estaría marcado por el logro de la independencia emocional de los padres, la independencia económica, la elección ocupacional, elaboración de una escala de valores y preparación para una relación de pareja estable (1-4). Tomando en cuenta las diferentes necesidades y percepciones en las diversas etapas de su desarrollo, se divide la adolescencia en dos subgrupos: el subgrupo de 10 a 14 años (adolescencia temprana) y el subgrupo de 15 a 19 años (adolescencia tardía) (5,6). Estos períodos tienen límites poco definidos y su duración está condicionada por factores no solo biológicos, sino de índole cultural, social, psíquica y económica (1-3,6).

Más de la mitad de la población mundial tiene menos de 20 años, La población mundial actual de adolescentes viene sobrepasando los mil millones, de los cuales, cerca del 90% vive en los países subdesarrollados. En América Latina y el Caribe, la mitad de la población se sitúa por debajo de los 20 años de edad, esta realidad refleja la proporción de jóvenes en edad fértil (7). Venezuela es un país que se caracteriza por tener una población joven, el 60% de los venezolanos que se encuentran en situación de pobreza son adolescentes, siendo el grupo etario con mayor riesgo de embarazo no planificado, reportándose año tras año un incremento creciente de embarazos en adolescentes, cuyas características físicas y psíquicas no le permitirán afrontar las exigencias de una maternidad (8). El inicio precoz de la actividad sexual sin protección anticonceptiva y poco tiempo después de la menarquia incide sobre la aparición de embarazos a temprana edad, constituyendo un serio problema de salud pública. Existen numerosos problemas de salud que afectan a los adolescentes, entre los cuales es de especial interés el embarazo, por sus consecuencias a corto y a largo plazo, que involucran no solo a la madre, sino también a su pareja y al producto de ambos (2,3). El embarazo en la adolescente constituye un problema social y económico tanto en los países desarrollados como en los subdesarrollados, en vista de que genera una serie de situaciones que atentan contra la salud de la madre y su hijo, las cuales deben ser abordados en términos del presente y del futuro, por las complicaciones que acarrea (7-9). Se destaca que Estados Unidos es el país industrializado con una mayor tasa de adolescentes embarazadas, mientras que Canadá, Suecia y Reino Unido han presentado un acusado descenso debido probablemente al mayor uso de contraceptivos (10). La tasa de fecundidad es muy alta en las clases sociales

menos favorecidas, donde existe un deterioro de las condiciones socioeconómicas y una escasa cobertura de la inversión en salud lo cual potencia la magnitud de este problema (7,9,11,12). No hay duda de que éste es un fenómeno susceptible de intervención. La maduración temprana, el desconocimiento sobre sexualidad y salud reproductiva, el inicio precoz de la actividad sexual sin protección anticonceptiva y poco tiempo después de la menarquia, incide sobre la aparición de embarazos a temprana edad, constituyéndose en un problema de salud pública (10,11). La tercera parte de las adolescentes menores de 20 años ya se han convertido en madres en América Latina y el Caribe (11). Las consecuencias del embarazo en la madre adolescente suelen ser devastadoras: la deserción escolar, el rechazo familiar y social, las escasas posibilidades laborales por la baja capacitación y la promiscuidad agravan el circuito de pobreza, lo cual ensombrece el desarrollo de su hijo (13-16).

En la morbilidad de la gestación, la anemia, la infección urinaria, la hipertensión inducida por el embarazo, hemorragias, ruptura prematura de membranas, amenaza de parto prematuro son preponderantes. La desproporción feto-pélvica es común en el período del parto. La malnutrición materna suele ser un factor coadyuvante. En relación con el neonato, el bajo peso al nacer y el nacimiento pretérmino son condiciones frecuentes (7,12,15-17). Existen múltiples factores psicosociales y biológicos que se han involucrado en la aparición de patología en el embarazo, parto y recién nacidos de la gestante adolescente. El bajo nivel socioeconómico, una pobre escolaridad, el abuso sexual, la actividad sexual precoz y el consumo de drogas guardan relación directa con estas patologías. La mayoría de los programas de salud reproductiva y planificación familiar no han prestado suficiente atención a las necesidades del adolescente, el cual carece de información básica, inicia tempranamente las relaciones sexuales, estableciendo contactos sexuales tempranos e irresponsables, lo que lo coloca en riesgo de adquirir enfermedades de transmisión sexual, incluyendo VIH/SIDA (10,18-22). La posibilidad de morir una embarazada de 15-19 años es dos veces mayor que la mujer de 20 años y esta posibilidad es cinco veces mayor si la edad es menor de 15 años. La mortalidad materna, la mortalidad neonatal y la mortalidad infantil exhiben tasas más altas en las madres menores de 20 años (7,10).

En Venezuela de cada 20 jóvenes entre 15 y 24 años, 12 han tenido relaciones sexuales antes de los 15 años, pero de ellos solo cinco habrán utilizado algún método anticonceptivo; uno de cada cuatro jóvenes menores de 15 años ya ha iniciado su actividad sexual (20). Las estadísticas limitadas disponibles demuestran los elevados índices de embarazos no deseados en este grupo, que terminan en aborto, así mismo, las adolescentes tienen también más probabilidades de sufrir abuso sexual e incesto⁸. En nuestro país el porcentaje reportado de adolescentes embarazadas atendidas en el año 2000 se encuentra entre un 20 y 25%,

correspondiéndole el mayor número a Cojedes y Yaracuy; así mismo, del total de embarazadas atendidas en la Maternidad Armando Castillo Plaza, Centro de Referencia del Zulia, las adolescentes representaron el 20% en la consulta prenatal y el 25% del total de partos (23). El embarazo en la adolescente es una situación multifactorial, se considera un problema de salud pública debido a su repercusión sobre la morbilidad perinatal y al impacto socioeconómico que genera en los estratos más desposeídos del país (4,8,12,17).

Es nuestro objetivo identificar los factores de riesgo psicosociales y biológicos a través de la aplicación de un instrumento en la consulta prenatal que permitirá seleccionar el grupo de mayor vulnerabilidad y poder aplicar intervenciones oportunas.

PACIENTES Y MÉTODO

Se realizó un estudio prospectivo, de corte longitudinal en 458 adolescentes embarazadas, cuyas edades oscilaban entre 10 y 19 años, atendidas por un equipo multidisciplinario en la Maternidad Armando Castillo Plaza, Departamento de Gineco-Obstetricia del Servicio Autónomo Hospital Universitario de Maracaibo (SAHUM), Estado Zulia, en el lapso mayo 2000-mayo 2003. Se elaboró un instrumento basado en el cuestionario HEADSS, utilizado internacionalmente para la entrevista del adolescente y adaptado a sus características psicosociales y biológicas. Al cuestionario se le anexaron las patologías del embarazo, parto y recién nacido, con el objeto de registrar las variables dependientes e independientes. Se excluyeron 5 adolescentes de 19 años de edad, que tenían diagnóstico de comorbilidades, tales como, Diabetes (1/463), Lupus Eritematoso Sistémico (1/463) y Epilepsia (3/463), que representaban por sí mismas un factor de riesgo biológico. 458 adolescentes embarazadas cumplieron los criterios de inclusión y representaron el 100% de la muestra (n=458). La información obtenida fue validada con la historia clínica y transferida a un formulario común precodificado, con el cual se construyó una base de datos.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO: Se aplicaron medidas de frecuencia y porcentajes para expresar los resultados.

RESULTADOS

Dentro de los factores de riesgo psicosociales el desconocimiento de métodos anticonceptivos ocupó el primer lugar, se presentó en el 94,5% de los casos. La deserción escolar antes del embarazo representó el 94,3%. El 60% de las pacientes refirió maltrato físico y verbal. El 50,6% de las familias de origen se ubicó en el

Graffar IV. Con respecto al nivel de escolaridad, sólo el 49,5% alcanzó la secundaria incompleta y el 6,3% eran analfabetas. Es importante resaltar que el abuso sexual fue referido por el 33,4% de las gestantes, correspondiendo a la manipulación el 60,78% y el 8,49% a violación, mientras que más de la mitad de las pacientes abusadas eran menores de 13 años. El 8,5% de las pacientes refirieron ideas suicidas.

TABLA 1. FACTORES DE RIESGO PSICOSOCIALES Y BIOLÓGICOS EN ADOLESCENTES EMBARAZADAS

Riesgo Psicosocial	n	%	Riesgo Biológico	n	%
Desconoce anticonceptivos	433	94,5	Edad 10 – 14a	29	7,6
Deserción escolar antes del embarazo	432	94,3	15 – 19a	42,9	92,4
Maltrato físico y verbal, Graffar	275	60	Talla >=1,50	395	86,2
IV	232	50,6	Primigesta 13 – 15a	379	82,8
V	178	38,8	Edad ginecológica < 5a	296	64,6
Nivel de escolaridad			Menarquia < 13a	285	62,2
Secundaria incompleta	227	49,5	No practicó serología	273	59,6
Primaria incompleta	85	18,5	Edad inicio Relaciones, Sex.: 13 - 15a	250	54,6
Analfabetismo	29	6,3	Control Prenatal tardío	156	54,7
Embarazo no deseado	227	49,5	Parejas sexuales = 2	87	19
Abuso sexual	153	33,4	> 2	13	2,8
Actos lascivos	47	30,71	Embarazo anterior	79	17,2
Manipulación	93	60,78	Consumo de alcohol, tabaco, otras	60	13
Violación	13	8,49			
Edad abuso sexual					
< 13 a	88	57,51			
13 – 15 a	53	34,64			
16 – 19 a	12	7,8			
Intención de aborto	55	12			
Suicidio					
Ideas	39	8,5			
Intentos	7	1,5			

n = número (Total 458)

En cuanto a los factores de riesgo biológicos, se consiguió que el grupo etario más frecuentemente encontrado fue el de 15 a 19 años (92,4%); el 82,8% de las pacientes fueron primigestas entre 13-15 años. La edad ginecológica menor de cinco años alcanzó un 64,6% y el 54,6% de las pacientes inició las relaciones sexuales entre 13 y 15 años. El 54,7% cumplió un control prenatal tardío, así mismo, el 59,6% no se practicó la serología HIV/VDRL. El 19% de las adolescentes habían tenido dos parejas sexuales y el 13% consumían alcohol, tabaco y otras sustancias (Tabla 1).

En la Tabla 2 aparecen las patologías del embarazo, parto y recién nacido. Destacan la anemia (46,5%), la vulvovaginitis (32,3%) y la infección urinaria (30,1%); la hipertensión inducida por el embarazo se presentó en el 10% de las pacientes y las enfermedades de transmisión sexual representaron el 4,3% de los casos, correspondiéndole al VPH el 60% de las mismas. La vía de resolución de los embarazos fue la cesárea en el 19,9% de los casos, predominaron el sufrimiento fetal y circular de cordón, cada uno con un 5,9% y presentación podálica con un 5,2%.

En los neonatos estudiados los hallazgos más resaltantes fueron: recién nacidos pretérmino (12,5%), pequeños para su edad gestacional (11,7%) y bajo peso al nacer (11,4%), seguidos de síndrome de dificultad respiratoria de diversa etiología (7,4%) e hipoxia perinatal (6,3%).

**TABLA 2. PATOLOGÍAS DEL EMBARAZO, PARTO Y RECIÉN NACIDOS
EN ADOLESCENTES EMBARAZADAS**

EMBARAZO	n	%	PARTO	n	%	RECIÉN NACIDOS	n	%
Anemia	213	46,5	Via de resolución Cesárea	91	19,9	Preérmimo	58	12,5
Vulvovaginitis	148	32,3	Sufrimiento Fetal	27	5,9	Pequeño para su EG	54	11,7
Infección Urinaria	138	30,1	Circular de Cordón	27	5,9	Bajo peso al nacer	53	11,4
Hipertensión inducida por el embarazo.	46	10				Síndrome de DR	34	7,4
Amenaza de parto prematuro	32	7	Presentación Podálica	24	5,2	Membrana Hialina	11	2,4
Enfermedades de Transmisión sexual	20	4,8	Desproporción Feto – pélvica	11	2,4	Taquipnea transitoria	11	2,4
VPH	12	60				Aspiración meconio	8	1,7
VIH	7	35	Procidencia de Cordón	10	2,2	Neumonía	4	0,9
Sífilis	1	5,0						
Ruptura prematura de membranas.	19	4,1	Retención de restos	10	2,2	Hipoxia Perinatal	29	6,3
RCIU	18	3,9				Malformación congénita	9	1,9
Hemorragias	7	1,5	Mortalidad fetal	5	1,1	Mortalidad Neonatal	6	1,3
1a. mitad	5	1,1				Sepsis Neonatal	6	1,3
2a. mitad	2	0,4	Distocia de Dilatación	2	0,4	Ictericia	4	0,9

n = número (Total 458)

DISCUSIÓN

El embarazo en adolescentes es un fenómeno que ocurre en todos los estratos sociales, influenciado por múltiples factores de orden psicosocial y biológico, por tanto, exige la toma de medidas preventivas basadas en políticas de Estado tendientes a la satisfacción de las necesidades básicas de la población, programas de educación sexual y la oportuna implementación de métodos de anticoncepción. En una adolescente el embarazo puede significar el fin de sus aspiraciones personales y educativas, así como tener que enfrentarse a riesgos de salud, esta situación envuelve también al padre adolescente y al hijo de ambos (2). La prevención del embarazo en este grupo etario representa la estrategia más efectiva e implica la intervención integrada de gobiernos y sociedad, en aras de lograr la detección de las jóvenes en riesgo (7,9,12,14-16).

Los estudios hablan de que existen criterios de riesgo psicosocial y biológico que se consideran de alta significación, entre ellos: gestos suicidas, baja escolaridad, falta o distorsión de la información, disfunción familiar, abuso sexual, maltrato, suicidio, actividad sexual temprana, relaciones sin anticoncepción, número de parejas sexuales y consumo de drogas (3,14,17,23-26). Es frecuente que estos embarazos se presenten como un evento no deseado con una relación débil de pareja, rechazo y ocultamiento de la situación por temor a la reacción del grupo familiar, lo que provoca un control tardío o insuficiente (2,3,6,16,26). Estos factores referidos en la literatura estuvieron presentes en la población estudiada como se refleja en la tabla 1, destacándose el desconocimiento de anticonceptivos, bajo nivel socioeconómico, abuso sexual en <13 años de edad, primigestas entre 13-15 años, edad ginecológica <5 años y control prenatal tardío. Se ha reportado que de un 73 a un 93% de las adolescentes son primigestas, resultado también referido en esta investigación (82.8%).

Se ha agrupado la patología del embarazo en la adolescente en trimestres, siendo la hiperémesis y los abortos espontáneos problemas frecuentes del primer

trimestre. Algunos autores refieren un 12% de abortos en adolescentes¹³, sin embargo, en nuestro país este tipo de información suele estar sesgada por la práctica ilegal del aborto; en el presente estudio se registró un porcentaje mucho más bajo (1,9%). Para el segundo y tercer trimestre, la anemia, las infecciones urinarias, la amenaza de parto prematuro, la hipertensión inducida por el embarazo, el crecimiento intrauterino retardado (RCIU) son patologías frecuentes. La distocia de presentación, la desproporción feto pélvica, la utilización de maniobras instrumentales, el parto prematuro y el bajo peso al nacer, se presentan comúnmente y determinan la elevación de la morbilidad materna y neonatal (7,12,17,27-29).

La anemia, junto con la vulvovaginitis y la infección urinaria encabezaron nuestra lista de patologías, resultados acordes con los referidos en la literatura (17,28,29). Los trastornos hipertensivos en el embarazo se relacionan con prematuridad, RCIU, mortalidad materna y fetal (3,7,12,17,30). Esta entidad es cinco veces más frecuente en la adolescente embarazada. El primer embarazo plantea riesgos específicos que se suman a los derivados de la inmadurez fisiológica en la adolescente. La hipertensión inducida por el embarazo es más frecuente en embarazadas jóvenes en su primer embarazo con un bajo nivel socioeconómico, condiciones que reúnen con frecuencia las adolescentes gestantes (1,3,10,11) y ha sido denominada por algunos como “enfermedad social”. En las adolescentes estudiadas, los trastornos hipertensivos inducidos por el embarazo se ubicaron en el cuarto lugar dentro de las patologías del embarazo, correspondiéndole el 10%, cifra acorde con lo reportado por autores colombianos (17), a diferencia de lo reportado por autores chilenos y mexicanos^{27,28,30} que señalan una cifra superior: 28,6%; mientras que autores cubanos (29) hablan de una cifra mucho menor: 4,2%.

La adolescente embarazada más joven, sobre todo la menor de 15 años es más susceptible a presentar alteraciones en el parto, debido a la falta de desarrollo de la pelvis materna que genera mayor incidencia de desproporción feto pélvica, trabajos de parto prolongados; además, la estrechez del canal origina desgarros de vagina y periné. El crecimiento esquelético no es completo hasta los 18 años de edad y el canal de parto estará maduro alrededor de los 20 años; el desarrollo incompleto de la pelvis genera distocias, trauma obstétrico y cesárea (7,10,12,17,25,27). Nuestros hallazgos indican que el sufrimiento fetal es la primera condición patológica asociada al parto, resultados que son compartidos por la mayoría de los autores revisados. La vía de resolución por cesárea despierta controversia en los autores consultados, algunos señalan que la incidencia de cesárea es mayor en la gestante adolescente con respecto a la gestante mayor de 20 años²⁸, reportando un 35,7%, cifra por encima de lo estipulado por la OMS, lo cual difiere de la nuestra: un 19,9%, cifra similar a la señalada por autores chilenos (27), mientras otros grupos (17) han reportado cifras más bajas (10,3%).

En las patologías del recién nacido es donde se encuentra una mayor uniformidad de criterios entre los autores. La prematuridad, el bajo peso al nacer y los pequeños para su edad gestacional son patologías relacionadas con la inmadurez biológica de la adolescente, las alteraciones estructurales del cuello uterino, la talla baja, el déficit nutricional, las infecciones, la presencia de trastornos hipertensivos del embarazo, la drogadicción, el control prenatal deficiente y el bajo nivel socio económico, todas éstas son condiciones responsables de muchos de los resultados adversos en este grupo; además, múltiples estudios previos han reportado que el consumo de alcohol, tabaco y otras sustancias tienen un impacto directo sobre la salud del feto de madres adolescentes (18,27,31), resultados que son compartidos por nuestro análisis.

La incidencia de enfermedades de transmisión sexual (ETS) refleja un incremento en las últimas décadas, especialmente en adolescentes, la OMS reporta que uno de cada veinte adolescentes contrae una ETS y que el 25% de las personas con SIDA tienen entre 20 y 30 años, lo que significa que probablemente tuvieron su contacto en la etapa de la adolescencia^{10,11}. La maduración sexual más temprana (edad promedio menarquia en la niña venezolana= 12,3 años) dispara el impulso sexual efervescente. Las adolescentes inician tempranamente relaciones sexuales riesgosas, lo que implica la aparición de varios compañeros sexuales, haciéndose más susceptibles de padecer infecciones por virus del papiloma humano (VPH), *Neisseria gonorrhoeae*, *Chlamidia trachomatis*, virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y virus de la hepatitis C (7,11,12,30-32). Los tejidos cérvico-uterinos son más susceptibles a la acción de carcinógenos, el riesgo de lesión intraepitelial es mayor cuando el primer coito se experimenta por debajo de los 17 años; estas adolescentes infectadas por VPH tienen una posibilidad cuarenta veces mayor de presentar carcinoma cervical en la edad adulta, no hay duda de que la infección persistente por VPH es el principal factor de riesgo asociado a cáncer de cuello uterino (7,10,12,20-22,33). Las ETS se presentaron en un 4,3% de nuestras gestantes (20/458), correspondiendo a VPH el mayor número de casos (12/458), VIH (7/458) y sífilis (1/458). Estos valores no están acordes con cifras superiores reportadas por otros autores, las nuestras pudieran atribuirse a ese 80,41% de pacientes que no se practicó la serología HIV/VDRL, hecho que pudiera explicar este resultado; ante la imposibilidad de recolectar la data necesaria, se sugiere formalizar otros estudios que proporcionen más información al respecto (34,35).

En la Tabla 2 figuran las patologías registradas en el embarazo, en el parto y en el recién nacido de las adolescentes estudiadas.

Las niñas menores de 10 años y las adolescentes tienen más probabilidades de sufrir abuso sexual. En países como Chile, Costa Rica y Panamá alrededor de un 40% de las adolescentes entre 16 y 19 años experimentaron al menos un episodio de abuso, pudiendo elevarse este porcentaje a 74% en las menores de 14 años. En Perú

se estima que el 90% de los embarazos en niñas entre 12 y 16 años son producto de violación (11,17,29,32,36). Investigaciones recientes reportan que el abuso en menores de 13 años se asocia fuertemente a bajo nivel socioeconómico, consumo de drogas, hipertensión inducida por el embarazo, cesárea, prematuridad, bajo peso al nacer, pequeños para su edad gestacional e hipoxia perinatal (25,26). Los resultados de este estudio revelan asociaciones similares de abuso sexual con los factores reportados por estos autores. El 33,4 % de las pacientes sufrieron algún tipo de abuso sexual en el transcurso de su vida, es relevante señalar que las niñas menores de 13 años fueron el grupo mayormente afectado.

Los innumerables cambios físicos y psíquicos en la adolescencia perturban emocionalmente a la gestante adolescente, pudiendo presentarse cuadros depresivos, sentimientos de poca valía y de culpa excesiva, si a esto se añade el abuso sexual y la violencia doméstica, esto puede explicar por qué algunas pacientes hayan manifestado ideas o intentos suicidas; en nuestro caso las ideas suicidas representaron un 8,5% y el 1,5% refirió intento de suicidio, cifras inferiores a las reportadas por otros autores (36,38). El maltrato físico y verbal referido por el 60% de nuestro grupo de adolescentes, las coloca en un estado de extrema vulnerabilidad, por tanto, la gestante no recibirá un adecuado control prenatal, no tendrá un apoyo familiar o de pareja ni un buen soporte nutricional, y muy probablemente, estará consumiendo sustancias ilícitas (2,7,10,12,29,30,36). En la última década los organismos internacionales han manifestado una enorme preocupación por los países sumidos en la pobreza, donde la suma de varios factores de riesgo atacan de manera muy particular a las gestantes embarazadas, pero las medidas recomendadas no han tenido impacto en esta problemática tanto social como económica (3,7,12,37-39). Nuestros datos expresan la magnitud de la problemática de la adolescente, sobre todo, en las niñas menores de 13 años, las cuales se ven inmersas en un mar de circunstancias nocivas, con carencias nutricionales en mayor o menor grado que dificultan aún más el resultado exitoso de su embarazo (40).

Nuestros hallazgos confirman que los factores psicosociales y biológicos referidos interactúan entre sí y representan variables de riesgo para la aparición de patologías del embarazo, parto y recién nacido de la adolescente embarazada. Para ofrecer una atención integral a la gestante adolescente es necesario utilizar una estrategia de enfoque de riesgo, la cual toma en cuenta los factores psicosociales y biológicos, casi siempre combinados, así como factores protectores, para lograr implementar una intervención oportuna que pueda evitar la morbilidad materna y neonatal. Es imprescindible investigar los factores de riesgo en el contexto de la consulta prenatal, a través de la implementación de un instrumento, como el que fue utilizado en este estudio, el cual recoge los aspectos biopsicosociales presentes en la embarazada. Este enfoque de riesgo es preventivo e integral.

Se considera que los factores protectores para los adolescentes son: una familia funcional, la escolaridad, la educación sexual, amigos con buena conducta, la presencia de un adulto referente, desarrollo de actividades relacionadas con el arte y el deporte. Potenciar estos parámetros podrá contribuir eficazmente a prevenir el embarazo en este grupo etario y, por ende, las consecuencias que genera (40).

Es importante resaltar que esta revisión retrata la situación socioeconómica de nuestras adolescentes a principios de siglo. La observación de la situación actual ofrece un panorama poco alentador debido a que las variables estudiadas en este estudio siguen impactando en forma negativa en la situación de salud de Venezuela. Se requieren políticas de Estado que implementen soluciones efectivas a los problemas básicos de alimentación, vivienda, servicios públicos, educación y salud de la población. Esta visión holística debe ser asumida por todos los Estados del mundo y todas las organizaciones internacionales competentes, que en forma integrada enarboleden como baluarte fundamental la concepción humanística del individuo en aras de alcanzar el auténtico desarrollo de los pueblos del planeta.

Es necesario revelar y enfatizar los diversos factores que, en el período antenatal, intraparto y neonatal afectan a la embarazada, feto y neonato. También, conocer la utilidad del sistema identificador, para detectar embarazos a riesgo. Debemos luchar por aumentar la cobertura de la consulta prenatal e incrementar la vigilancia del parto, éstas son estrategias válidas y clásicas en beneficio del binomio materno-fetal (40).

Debemos analizar los trabajos de investigación con un criterio integral, amplio, mirada de conjunto hacia un grupo poblacional frágil y básico dentro de toda sociedad: las madres y recién nacidos. Si bien no hay un incremento morfológico de desnutrición materna y neonatal, con toda seguridad hay una desnutrición oculta, a nivel bio-celular, la cual debe ser atendida y estudiada en sus diversas facetas, sobre todo en las adolescentes embarazadas (41,42).

REFERENCIAS

1. Peláez J: Adolescente embarazada: Características físicas y riesgos. Disponible en: <http://www.cemera.uchile.d/IIIadolescente.doc>.
2. Issler J: Embarazo en la adolescencia. Rev. Postgrad Cáted VI. Medic. 2001; 107: 11-12.
3. Uzcátegui O: Embarazo de la adolescente precoz. Rev. Obstet Ginecol. 1997;57 (1):19-27.
4. Sileo E, Fernández M, Millán M, Urdaneta J: Medicina del adolescente. Aproximación al adolescente sano. Caracas: publicaciones de OPS, OMS, MSAS; 1992:17-22.

5. Andino N. Salud y estilos saludables de vida en los jóvenes y adolescentes. En: Memorias Parlamento Latinoamericano. Sao Paulo, Brasil.1999.
6. Silber T, Munist M, Magdalena M, Suarez R, Manual de Medicina de la adolescencia. Publicaciones de la OPS, Oficina Regional de la OMS, 1992.
7. Reinoso C, Alcalá M: Leyes y políticas sobre salud y derechos sexuales y reproductivos de los adolescentes. Fondo de Población de las Naciones Unidas (FEVAP). División para América Latina y Caribe. 1999. Disponible en http://www.sexualidadjoven.cl/legislación/legislación_monitoreo_cairo_beijing.htm.
8. Dirección de Información Social y Estadísticas. Ministerio de Sanidad y Desarrollo Social. Registro1998.
9. Florez L, Moya M, Niebles G: Elaboración e Implementación de un programa de educación para la salud dirigido a la promoción y prevención en adolescentes gestantes. Unidad de Investigaciones Departamento de Psicología Universidad Católica de Colombia. Proyecto Docente, 1997.
10. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo. La vida en el siglo XXI: una perspectiva para todos. 51º Asamblea Mundial de la Salud, 1998.
11. Embarazo Adolescente. Tasa de fertilidad. Fondo de las Naciones Unidas para la infancia Oficina Regional para América Latina y el Caribe, 1995, Disponible en: <http://www.uniceflac.org/español/infancia/embara.htm>
12. Harrison A: Adolescent sexuality and reproductive health within social conflict and reconstruction in South America. Proposal 98222. World Health Organization Social Science Research Initiative on Adolescent Sexual and Reproductive Health. WHO/RHR. WHO, 2001.
13. Díaz E, Polanco E: Incidencia de Aborto en embarazadas adolescentes. 2000. Disponible en: <http://indexmedico.com/publicaciones/journals/revistas/Venezuela/cardon/edicion4ginecologia/embarazo.htm>.
14. Rísquez J. Factores de riesgo biológicos durante la adolescencia. El adolescente y el alto riesgo. En: Memorias XXX Jornadas Nacionales de Pediatría. San Cristóbal, Venezuela.1993.
15. Araujo Agrote M, Arenas S, Portillo F, Becerra A, Gaiti J: Factores biológicos y psicosociales que inciden en el embarazo precoz en adolescentes del municipio Maracaibo. En: Memorias. XXXV Jornadas Nacionales de Pediatría, Maracaibo, Venezuela. 2000.
16. Alatorre J, Taquín L: El embarazo adolescente y la pobreza. En: Bonfil P, Salles C. Eds. Mujeres pobres: Salud y trabajo. México: Gimtrap; 1998:13-130.

17. Monterrosa A, Bello A: Atención Obstétrica en adolescentes menores de 15 años. *Rev. Obstet Ginecol Colomb.* 1996;47(1): 15-21. <https://doi.org/10.18597/rcog.1290>.
18. Sáez García I. Adolescencia y alto riesgo psicosocial. En: *Memorias XXX Jornadas Nacionales de Pediatría*, San Cristóbal, Venezuela.1993.
19. Sileo E. Adolescente y Alto riesgo. En: *Memorias XXX Jornadas Nacionales de Pediatría*. San Cristóbal, Venezuela.1993.
20. Sileo E. Adolescencia etapa de mayor riesgo para enfermedades de transmisión sexual. En: *Memorias XXXI Jornadas Nacionales de Pediatría*, Puerto La Cruz, Venezuela. 1994.
21. Mondolfi M. Factores biopsicosociales tendientes a un alto riesgo de enfermedades de transmisión sexual. En: *Memorias XXXI Jornadas Nacionales de Pediatría*. Puerto La Cruz, Venezuela.1994.
22. Olivera D. Aspectos relevantes de la clínica y tratamiento de las enfermedades de transmisión sexual en adolescentes. En: *Memorias XXXI Jornadas Nacionales de Pediatría*. Puerto La Cruz, Venezuela. 1994.
23. Dirección Regional de Salud del Estado Zulia Epidemiología: Unidad de Análisis de Situación de Salud. Anuario 2001.
24. Velásquez J. Embarazos en adolescentes en Nueva Esparta. En: *Memorias XXIX Jornadas Nacionales de Pediatría*. Porlamar, Venezuela.1992.
25. Molina L, Rojas M, Díaz A, Sileo E. Factores de riesgo en los adolescentes de la calle. En: *Memorias XXXIII Jornadas Nacionales de Pediatría*.1 Lecherías, Venezuela, 1997.
26. Molina R, Luengo X, Pérez A, Donoso R. Salud sexual y reproductiva del adolescente. *Publicaciones Técnicas Mediterráneo*; 1992:46-60.
27. Molina R, Luengo X, Sandoval J, González E, Castro R, Molina T: Factores de riesgo del embarazo, parto y recién nacido en adolescentes embarazadas. *Rev Soc Chil Obstet.* 1998; 5 (1):17-28.
28. Vázquez A, Guerra C, Herrera V, De la Cruz F, Almirall A: Embarazo y adolescencia. Factores biológicos maternos y perinatales más frecuentes. *Rev Cuban Obstet Ginecol*, 2001; 27 (2): 158-164.
29. Moysen J, Martínez Y, Lechuga A, Ruiz R: Terrones A: Situación psicosocial de las adolescentes y la toxemia del embarazo. *Salud Pública Mex*; 2000:99-105.
30. Núñez H, Rojas A: Revisión conceptual y comportamiento del embarazo en la adolescente en Costa Rica con énfasis en comunidades urbanas pobres. *Rev. Costarr Salud Pública*, 1998; 7(13): 38-54.

31. Shawky S, Milaat W: Early teenage marriage and subsequent pregnancy outcome. *Eastern Mediterranean Health Journal*, 2000; 6(1): 46-54.
32. González A, Sánchez A, Salazar R, Rodríguez Y, Hernández A, Guanipa J, Medina M. El nivel de información sexual y el inicio de la función sexual en adolescentes femeninas. En: *Memorias de XXXV Jornadas Nacionales de Pediatría*. Maracaibo Venezuela. 2000.
33. Goldenring J, Cohen R: Getting into adolescent heads. *Contemporary Pediatrics*, 1998: 75-90.
34. Sáez García I. Magnitud de un enemigo silencioso: enfermedades de transmisión sexual en los adolescentes. En: *Memorias de las XXXI Jornadas Nacionales de Pediatría*, Puerto La Cruz, Venezuela. 1994.
35. Valdez A, Yáñez G, González C, Vielma H, Padrón Y, Machado R: Adolescencia y sexualidad. *SENEFA*; 1996: 61-71.
36. Galué M, Garófalo N, Nardo A, Rodríguez E, Valenzuela E. Díaz M. El abuso sexual y violación en menores de 15 años de edad. En: *Memorias XXXIII. Jornadas Nacionales de Pediatría, Lecherías, Venezuela*, 1997.
37. Shuster M, Bell R, Petersen L, Kanous D: Communication between adolescents and physicians about sexual behavior and risk prevention *Arch Pediatr Adolesc Med*, 1996; 150: 906-91.
38. Stern C: The meaning and implications of adolescent pregnancy in different socio-cultural contexts in Mexico. Proposal 98127. World Health Organization Social Science Research Initiative on adolescent sexual and reproductive health, WHO/RHR, WHO. 2021.
39. Ehrman W, Matson S: Evaluación de adolescentes respecto a situaciones graves o confidenciales. *Clin Ped NA*, 1998; (2): 169-183.
40. Faneite P, Delgado P, Sablone S, Faneite J, Jesús J, Fagúndez M. ¿En cuánto contribuye el embarazo de riesgo a la mortalidad perinatal? *Rev. Obstet Ginecol Venez* 2003;63(2):61-66.
41. Faneite P, Rivera C, González M, Faneite J, Gómez R, Álvarez L, Linares M. Estudio Nutricional de la embarazada y su neonato. *Rev. Obstet Ginecol*. 2003;63(2). https://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0048-77322003000200002.
42. Viegas D. Nutrición durante el embarazo. En: Zigelboim I, Guariglia D, editores. *Clínica Obstétrica*. Editorial Disinlimed CA. 2001:145-155.