

January 2014

Características ginecobstétricas de adolescentes que tuvieron su parto en el periodo julio-diciembre del 2012 en una institución de salud

Katherine Elizabeth Ramírez Ladino

Universidad Jorge Tadeo Lozano, Bogotá, Colombia, revistasaludvisual@lasalle.edu.co

Lorena Andrea Medina Franco

Universidad Jorge Tadeo Lozano, Bogotá, Colombia, revistasaludvisual@lasalle.edu.co

Nancy Adriana Arias Olarte

Universidad Jorge Tadeo Lozano, Bogotá, Colombia, revistasaludvisual@lasalle.edu.co

Wilson Giovanni Jiménez Barbosa

Universidad Jorge Tadeo Lozano, Bogotá, Colombia, revistasaludvisual@lasalle.edu.co

Follow this and additional works at: <https://ciencia.lasalle.edu.co/svo>

Citación recomendada

Ramírez Ladino KE, Medina Franco LA, Arias Olarte NA y Jiménez Barbosa WG. Características ginecobstétricas de adolescentes que tuvieron su parto en el periodo julio-diciembre del 2012 en una institución de salud. *Cienc Tecnol Salud Vis Ocul.* 2014;(2): 45-51. doi: <https://doi.org/10.19052/sv.3294>

This Artículos de investigación científica y tecnológica is brought to you for free and open access by Ciencia Unisalle. It has been accepted for inclusion in Ciencia y Tecnología para la Salud Visual y Ocular by an authorized editor of Ciencia Unisalle. For more information, please contact ciencia@lasalle.edu.co.

Características ginecobstétricas de adolescentes que tuvieron su parto en el periodo julio-diciembre del 2012 en una institución de salud*

Gynecological and Obstetric Characteristics of Teens Who Gave Birth between July and December, 2012 at a Health Facility

KATHERINE ELIZABETH RAMÍREZ LADINO**

LORENA ANDREA MEDINA FRANCO***

NANCY ADRIANA ARIAS OLARTE***

WILSON GIOVANNI JIMÉNEZ BARBOSA****

RESUMEN

Objetivo: describir las características sociodemográficas y ginecobstétricas que determinan un parto eutócico o por cesárea en adolescentes. *Materiales y métodos:* se realizó un estudio de tipo descriptivo retrospectivo de abordaje cuantitativo, a través del análisis de historias clínicas de 168 adolescentes atendidas en el servicio de ginecología y obstetricia de una institución de salud en Bogotá, Colombia. *Resultados:* se evidenció que el 78% de las mujeres embarazadas están en un rango de edad entre 16 y 20 años, y el 52,4% viven en estrato 2; se presenta que un 95,2% han tenido al menos una gestación; y en el momento de los controles prenatales solo un 3% no se realizó ningún control, en tanto 15,5% realizaron 5 controles; del total de pacientes, 121 presentaron parto eutócico, y 47 presentaron parto por cesárea. También se presenta igualdad en el porcentaje de trastornos hipertensivos del embarazo y preeclampsia, con un 26%; luego se encuentra la eclampsia, con un 19%, y la ruptura prematura de membranas, con un 6,0%. Durante el estudio se presentó que en el momento del parto, las pautas que más se tienen en cuenta son la inducción y la conducción. *Conclusiones:* el embarazo en adolescentes continúa siendo de alto riesgo por el poco control que hay en las complicaciones presentadas durante el embarazo y, en algunos casos, por la deficiencia que se presenta en el registro de historias clínicas.

Palabras clave: embarazo, adolescentes, parto eutócico, cesárea.

* Este artículo es producto de la investigación realizada para la obtener del título del grado como especialistas en Gerencia y Auditoría de la Calidad en Salud por la Universidad Jorge Tadeo Lozano, Bogotá, Colombia.

** Enfermera por la Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia. Estudiante de la especialización en Gerencia y Auditoría de la Calidad en Salud por la Universidad Jorge Tadeo Lozano, Bogotá, Colombia.

*** Enfermera por la Fundación Universitaria del Área Andina, Bogotá, Colombia. Estudiante de la especialización en Gerencia y Auditoría de la Calidad en Salud por la Universidad Jorge Tadeo Lozano, Bogotá, Colombia.

**** Doctor en Ciencias Sociales, Niñez y Juventud por la Universidad de Manizales, Manizales, Colombia. Magíster en Administración por la Universidad de La Salle, Bogotá, Colombia. Odontólogo por la Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colombia. Docente de los posgrados del área de Gestión de la Salud y Seguridad Social de la Universidad Jorge Tadeo Lozano, Bogotá, Colombia.

Cómo citar este artículo: Ramírez Ladino, K. E., Medina Franco, L. A., Arias Olarte, N. A. y Jiménez Barbosa, W. G. (2014). Características ginecobstétricas de adolescentes que tuvieron su parto en el periodo julio-diciembre del 2012 en una institución de salud. *Ciencia & Tecnología para la Salud Visual y Ocular*, 12(2), 45-51.

ABSTRACT

Objective: To describe the sociodemographic and gynecological and obstetric characteristics determining eutocic or cesarean delivery in teenagers. **Materials and methods:** A retrospective and descriptive study with a quantitative approach was conducted by analyzing the medical records of 168 teenagers treated at the department of gynecology and obstetrics at a health facility in Bogota, Colombia. **Results:** It was shown that 78% of pregnant women are in an age range between 16 and 20 years, and 52.4% live in socio-economic level 2; it is shown that 95.2% have had at least one pregnancy; and only 3% missed all check-ups during prenatal care, while 15.5% went to 5 check-ups; 121 of all the patients had an eutocic delivery and 47 had a c-section. The percentage of hypertensive disorders in pregnancy and preeclampsia is also the same, with 26%; then there is eclampsia, with 19%, and premature rupture of membranes, with 6.0%. During the study, it was shown that, at the time of birth, the main guidelines considered are induction and conduction. **Conclusions:** Teen pregnancy continues to be high risk due to the lack of control in complications during pregnancy and, in some cases, due to the deficiency in the register of medical records.

Keywords: Pregnancy, Teenagers, Eutocic Delivery, C-Section.

INTRODUCCIÓN

La maternidad es una de las experiencias más importantes en la vida de la mayoría de las mujeres: “Se considera como la vivencia más significativa y culturalmente marca la transición de desarrollo biopsicosocial y personal hacia la adultez” (Hidalgo, 1995, pp. 45-58). Ser padres exige disposición, habilidades y destrezas para gestar, alumbrar y criar a un ser humano. Esto se logra con inteligencia, sensibilidad y un sentimiento positivo y maduro que se traduce en cuidados y afectos al bebé, reflejados en su desarrollo motor e intelectual.

Con el transcurrir de los años, ha sido más abierto el concepto de las relaciones sexuales a temprana edad, y los adolescentes son más sinceros en el momento de decir y de afrontar si son o no activos sexualmente. El índice de adolescentes que han entrado al mundo de las relaciones sexuales ha aumentado y existen varias teorías de sus razones; una de ellas es la poca e inadecuada información que se tiene frente a este tema. Esto, unido a la marginación y la ruptura que se ha tenido en el sistema familiar, ha llevado a los adolescentes a correr un riesgo innecesario desde la excusa de “a mí no me va a pasar”, uno que se toma a partir de la necesidad creada de pertenecer a un grupo; por estos factores, los jóvenes son una comunidad de riesgo frente a embarazos no deseados y enfermedades de transmisión sexual.

Frente al embarazo en adolescentes, se estima que más de 13 millones de mujeres dan a luz cada año en el mundo a edad temprana, y presentan complicaciones severas y, en algunos casos, fatales, con una incidencia de 9 de cada 10 nacimientos en países en vía de desarrollo. Según el informe *La salud sexual y reproductiva de los jóvenes en América Latina y el Caribe* (Advocates for Youth, 2003), aproximadamente 35 % de las jóvenes latinoamericanas tienen su primer hijo antes de los 20 años. Más del 20 % de las mujeres guatemaltecas tienen su primer hijo antes de los 18 años. Aproximadamente, una de cada cinco jóvenes menores de 18 años en México y Bolivia ha tenido ya un hijo. En Colombia, Guatemala y Paraguay, las mujeres actualmente tienen más probabilidades de tener un hijo durante la adolescencia, en comparación con lo que ocurría con las adolescentes en los años setenta (Herdman, 1997).

En Colombia, según los datos de la cuarta Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS), realizada por Profamilia (2010), una de cada cinco mujeres de 15 a 19 años ha estado alguna vez embarazada, el 16 % ya son madres y 4 % está esperando su primer hijo. Los índices de adolescentes que ya son madres disminuyeron en Bogotá y la región central en relación con la ENDS del 2005, mientras que en la Orinoquía y la Amazonía aumentaron estos índices. El porcentaje en las adolescentes que cursaron primaria disminuyó

de un 7% a un 5%, y el índice de las mujeres que tienen educación superior aumentó de 1,6% a 3% (Profamilia, 2010, pp. 77-84).

Los mayores porcentajes de embarazadas adolescentes están en Bolívar Sur, Sucre y Córdoba, con un 6%. Los menores se encuentran en San Andrés y Providencia, con 1,2%. En Huila, Magdalena y Boyacá, el índice es de 2%, y en Medellín es de 2,2%. En Caldas y Nariño están aumentando los índices de adolescentes embarazadas. Los departamentos en los que se observa disminución de adolescentes embarazadas, en relación con el 2005, son San Andrés y Providencia, Chocó y Cauquetá. Y entre los departamentos con los menores porcentajes de adolescentes alguna vez embarazadas se encuentran Boyacá, Quindío, Atlántico y Santander, con un índice entre 15% y 17%. Esto es cerca de la mitad de lo observado en Guainía, Vichada, Putumayo y Amazonas, donde más del 30% de las adolescentes han estado alguna vez embarazadas (Profamilia, 2010, pp. 77-84).

Se deben destacar las condiciones de salud que afectan a la adolescente durante el embarazo, las cuales son consideradas como de *alto riesgo* (Molina, 1992, pp. 3-7), así como algunas de las complicaciones más frecuentes, pues la probabilidad de morir por eventos relacionados con la reproducción es dos veces mayor cuando las adolescentes están entre los 15 y 19 años, pero es seis veces mayor cuando es menor de 15 años.

La necesidad de conocer el proceso llevado a cabo en la evolución del parto, el parto o la cesárea en mujeres adolescentes es una razón que justifica la realización del presente estudio. Para el enfoque de esta temática se considera importante profundizar y analizar las características obstétricas que determinan el éxito de un parto eutócico¹ o cesá-

rea², con el fin de brindar una atención integral a la adolescente embarazada; para ello, se genera una auditoría a los casos más prevalentes, con el propósito de generar mejor control en este grupo.

Se da importancia a este tema por la relevancia que tiene la atención de la gestante adolescente que ingresa al servicio de sala de partos. De esta forma, se brindará una atención acorde con las condiciones de salud, para así poder controlar posibles complicaciones que pueden desencadenar la muerte materna o del recién nacido. Al identificar a las pacientes adolescentes con estas características, es posible brindarles una atención específica para su estado. Adicionalmente, es importante señalar que no se han realizado muchos estudios en el país que clasifiquen las características obstétricas de las adolescentes que influyen en el tipo de parto, que conduzcan a detectar oportunamente y controlar aquellas características que pueden complicar el embarazo y que permitan tomar las medidas preventivas necesarias para disminuir la morbilidad en las adolescentes.

MATERIALES Y MÉTODOS

Para el desarrollo de la investigación se realizó un estudio descriptivo retrospectivo de abordaje cuantitativo, el cual tiene como objetivo describir las características sociodemográficas y ginecobstétricas que determinan un parto eutócico o por cesárea en las adolescentes atendidas en el periodo 1 de julio-31 diciembre del 2012 en una institución de salud en Bogotá, Colombia. Para la recolección de la información, se revisaron de las historias clínicas de las pacientes que fueron atendidas en el servicio de ginecología y obstetricia. En total fueron atendidas 168 pacientes, las cuales fueron

1 Es el parto normal que se inicia de forma espontánea en una mujer, con un feto a término en presentación cefálica flexionada, posición de vértice, y que termina también de forma espontánea, sin que aparezcan complicaciones en su evolución.

2 Es el parto que se realiza cuando el bebé viene con los pies o nalgas hacia abajo o en posición transversal; también se realiza cuando surgen emergencias como una tensión fetal, cavidad pélvica menor al tamaño del bebé, sangrado vaginal o infecciones virales activas que afecten el cuello uterino.

incluidas en el estudio. Por medio de las historias, se identificaron las características obstétricas en este grupo de adolescentes, con rangos de edad entre 10 y 20 años, de acuerdo con lo establecido por la Organización Mundial de la Salud (OMS)³. Estas son las características que definen el tipo de parto (eutócico o cesáreo).

Los criterios de exclusión tenidos en cuenta aplicaron para las mujeres mayores de 20 años o aquellas con historia clínica incompleta; a su vez, durante la recolección de datos no se seleccionaron las muertes perinatales. La investigación se complementó con otros estudios recolectados y estadísticas de embarazos en adolescentes en el país realizados por el Departamento Nacional de estadística (DANE), la ENDS y la OMS.

El procedimiento fue aprobado por la institución donde se llevó a cabo el estudio; sin embargo, solicitó reserva de su nombre. Los datos recolectados fueron analizados mediante estadística; para tal fin, se utiliza el programa SPSS 18 (Statistical Package for the Social Sciences).

RESULTADOS

El análisis de los datos se realizó con 168 pacientes en el servicio de ginecoobstetricia, donde se pudieron identificar las características de este tipo que determinan un parto por cesárea o eutócico, según las complicaciones maternas. Es importante aclarar que se evidenciaron fallas en los registros médicos, los cuales omiten datos relevantes de la historia clínica de las pacientes y dejan por fuera variables de gran importancia para la identificación de patologías que afecten a las adolescente embarazadas; por ejemplo, la anemia, que es considerada la principal alteración en las maternas adolescentes

3 La adolescencia es el periodo de la vida en el cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez, consolida la independencia socioeconómica y fija sus límites entre los 10 y 20 años.

de Latinoamérica (Domínguez y Herazo, 2011, pp. 141-147). En cuanto a las características socio-demográficas, se tuvo en cuenta la procedencia, el estrato socioeconómico y, principalmente, la edad (tablas 1-8).

En la tabla 1 se presenta la edad de la población adolescente embarazada que consultó para trabajo de parto, sea eutócico o cesárea. Se evidenció un mayor porcentaje de madres adolescentes entre el rango de 16 a 20 años, con 78 %, lo que nos indica que este grupo, aun teniendo el conocimiento de anticoncepción —que se implementa por parte de las secretarías de salud, los colegios del país, las campañas televisivas y se encuentra disponible en línea—, sigue siendo el de más prevalencia en embarazos de adolescentes. En segundo lugar, está el grupo de 14 a 16 años, con un 20,8 %. El embarazo en adolescentes es quizás ocasionado por los conflictos familiares que se presentan con el incremento de las familias moderadamente disfuncionales, ausencia de la figura paterna o pobre comunicación entre padres e hijos (Manrique *et al.*, 2008).

TABLA 1. Número de embarazos por edades

EDAD	NÚMERO DE EMBARAZOS	PORCENTAJES
10-13 años	2	1,2
14-16 años	35	20,8
17 -20 años	131	78,0
Total	168	100,0

A partir de los resultados consolidados en la tabla 2, se concluye que el grupo de adolescentes que formaron parte de este estudio pertenecen en mayor medida al estrato socioeconómico 2, con un 52,4 %. En segundo lugar, el estrato 3, con 33,9 %. Esto corrobora el estudio presentado por Fedesarrollo (Cárdenas, 2006), según el cual más del 70 % de las adolescentes de Bogotá vive en los estratos 2 y 3.

En la tabla 3 se observa que un 95,2 % del total de las adolescentes ha tenido al menos una gestación, en gran medida como embarazos no planificados.

TABLA 2. Características sociodemográficas de las pacientes según su estrato socioeconómico

ESTRATO	NÚMERO	PORCENTAJE
1	3	1,8
2	88	52,4
3	57	33,9
4	15	8,9
No tiene	5	3,0
Total	168	100,0

TABLA 3. Características ginecobstétricas de las pacientes según número de gestaciones

CANTIDAD DE GESTACIONES	NÚMERO	PORCENTAJE
1	160	95,2
2	6	3,6
3	2	1,2
Total	168	100,0

Por otro lado, un 3,6% de las adolescentes ha tenido 2 gestaciones anteriores, y un 1,2% de las adolescentes han tenido 3 gestaciones.

En la tabla 4 se observan los porcentajes de controles prenatales, y se encuentra que el 15,5% de las pacientes se realizaron 5 controles. En segundo lugar, el 14,3% se realizaron 4 controles. En tercer lugar, con 9,5%, están las adolescentes que se realizaron 3 controles. Las adolescentes que no se realizaron controles prenatales representan un 3,0% de la población estudiada, es decir, 5 personas de las 168 pacientes que participaron en este proceso.

TABLA 4. Características ginecobstétricas de las pacientes según número de controles prenatales

NÚMERO DE CONTROLES PRENATALES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
0	5	3,0
1	7	4,2
2	9	5,4
3	16	9,5
4	24	14,3

NÚMERO DE CONTROLES PRENATALES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
5	26	15,5
6	14	8,3
7	8	4,8
8	2	1,2
Sin dato	57	33,8
Total	168	100,0

En la tabla 5 se presenta igualdad entre el porcentaje de trastornos hipertensivos del embarazo y preeclampsia, con un 26%; luego se encuentra la eclampsia, con un 19%, y la ruptura prematura de membranas, con un 60%. Los datos muestran una diferencia con los estudios de Borre y Rodríguez (2005):

La prevalencia más significativa es anemia, infección de vías urinarias y, en tercer lugar, hipertensión del embarazo. En nuestro país, las constantes varían quizás por ausencia de adecuados controles de las jóvenes adolescentes. Ello indica que en la actualidad las adolescentes son más propensas a sufrir alteraciones hipertensivas que se creían, según estudios, eran más prevalentes en gestantes mayores.

TABLA 5. Características ginecobstétricas según diagnósticos durante el embarazo

COMPLICACIONES	NÚMERO DE CASOS	PORCENTAJE
Síndrome hipertensivo del embarazo	44	26,0
Preeclampsia	44	26,0
Eclampsia	32	19,0
Sufrimiento fetal agudo	11	7,0
Ruptura prematura de membranas	10	6,0
Desproporción céfalo-pélvica	7	4,0
Detención en la dilatación y el descenso	7	4,0
Presentación fetal podálica	4	2,4
Retardo de crecimiento intrauterino	3	2,0
Condiciones no aptas para inducción	3	2,0

Continúa

COMPLICACIONES	NÚMERO DE CASOS	PORCENTAJE
Amenaza de parto pretérmino	2	1,0
Oligohidramnios	1	0,6
Total	168	100,0

En la tabla 6 se observa que 121 adolescentes presentaron parto eutócico, y en 47 la vía de parto fue por cesárea. Por grupos de edad, se encuentra que de 10 a 13 años, 2 presentaron parto eutócico; de 14 a 16 años, 19 de las adolescentes presentaron parto eutócico, y en 16 pacientes, la vía de parto fue por cesárea. En aquellas adolescentes que se encontraban en el rango de edad entre 17 a 20 años, 100 de las adolescentes presentaron un parto eutócico, y 31 lo hicieron por cesárea.

TABLA 6. Características sociodemográficas de las pacientes que tuvieron parto o cesárea según su rango de edad

EDAD	PARTO ACTUAL		PORCENTAJE
	EUTÓCICO	CESÁREA	
10-13 años	2	0	1
14-16 años	19	16	21
17-20 años	100	31	78
Total	121	47	100

En la tabla 7 se presentan las características ginecobstétricas de las pacientes que tuvieron parto o cesárea según el número de gestaciones. Se puede observar que el índice de cesárea es más alto en las adolescentes que tienen su primera gestación, a diferencia de aquellas que tienen su segunda o tercera gestación. También se evidencia que de las 168 pacientes, el 72 % presentó parto normal y el 28 % tuvo parto por cesárea.

TABLA 7. Características ginecobstétricas de las pacientes que tuvieron parto o cesárea según el número de gestaciones

PARTO ACTUAL	NÚMERO DE GESTACIONES			PORCENTAJE
	G1	G2	G3	
Eutócico	115	5	1	72
Cesárea	45	1	1	28
Total	160	6	2	100

En la tabla 8 se correlaciona el tipo de parto y la pauta de atención de este, teniendo en cuenta que puede ser por anatomía, conducción e inducción del trabajo de parto, o por otra pauta, como la ruptura espontánea de membranas. En el momento del parto, las pautas que más se tienen en cuenta son la inducción y la conducción: según los resultados obtenidos, se realizó amniotomía con una frecuencia de 2, inducción con una frecuencia de 52, conducción con una frecuencia de 69 y otro con una frecuencia de 45.

TABLA 8. Características ginecobstétricas de las pacientes que tuvieron parto eutócico o cesárea según las pautas de atención del parto

PAUTAS DE ATENCIÓN DEL PARTO	PARTO ACTUAL		TOTAL
	EUTÓCICO	CESÁREA	
Anatomía	2	0	2
Inducción	47	5	52
Conducción	55	14	69
Expulsivo	17	28	45
Total	121	47	168

CONCLUSIONES

El embarazo en adolescentes es de alto riesgo, por las complicaciones maternas no controladas durante el embarazo y, en algunos casos, por deficiencia en el registro de las historias clínicas, el control prenatal, el nivel socioeconómico y las patologías de base. Se evidenció gran falencia en los registros médicos de la institución tanto en el área triaje como en urgencias ginecológicas. Varios ítems fundamentales de la historia clínica se encuentran ausentes de información, lo que dificulta la identificación temprana de los posibles riesgos que tienen las maternas que acuden a la institución.

En el estudio se identificó que para la institución, la anemia no constituye un dato de complicación, lo que contradice los estudios realizados en Latinoamérica, los cuales demuestran que el principal factor de riesgo ginecológico es la anemia entre

las madres adolescentes (Díaz, Sanhueza y Yaksis, 2002).

Se identificó que el 78 % de mujeres embarazadas están en un rango de edad entre 16 y 20 años, y el 52,4 % viven en estrato 2. En el momento de los controles prenatales, solo un 3 % de las embarazadas no se realizaron ningún control, y un 15,5 % se realizaron 5 controles. Del total de pacientes, 121 presentaron parto eutócico y 47 tuvieron parto por cesárea. También se identifica igualdad en el porcentaje de trastornos hipertensivos del embarazo y preeclampsia, con un 26 %; luego se encuentra la eclampsia, con un 19 %, y la ruptura prematura de membranas, con un 6 %. Se evidenció que en el momento del parto, las pautas que más se tienen en cuenta son la inducción y la conducción.

Por argumentos como los anteriores, es necesario vigilar la implementación de las políticas en salud destinadas a la atención integral de las jóvenes, ya que las instituciones prestadoras de salud (IPS) las omiten para agilizar los procesos administrativos, lo cual pone en riesgo la salud de este grupo de madres, ya que si se identifican de forma temprana, se disminuyen las complicaciones maternas y la morbi-mortalidad perinatal.

REFERENCIAS

- Advocates for Youth (2003). *La salud sexual y reproductiva de los jóvenes en América Latina y el Caribe*. Recuperado de <http://www.advocatesforyouth.org/storage/advfy/documents/fssaludsexual.pdf>
- Borre, O. y Rodríguez, B. (2005). Inducción electiva ambulatoria del trabajo de parto con misoprostol en pacientes de bajo riesgo. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, 56(1). Recuperado de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74342005000100011&lng=en&nrm=iso
- Cárdenas, M. (2006). *Estrategia para la reducción de la pobreza y desigualdad*. Bogotá: Fedesarrollo. Recuperado de <http://www.fedesarrollo.org/includes/scripts/open.asp?ruta=/images/dynamic/articulos/518/ppt.pdf>
- Díaz, A., Sanhueza, P. y Nicole, S. Y. (2002). Riesgos obstétricos en el embarazo adolescente: estudio comparativo de resultados obstétricos y perinatales con pacientes embarazadas adultas. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 67(6), 481-487. Recuperado de http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262002000600009&lng=es&tlng=es.%2010.4067/S0717-75262002000600009
- Domínguez, R. y Herazo, Y. (2011). Edad de la gestante adolescente como factor de riesgo para complicaciones en el embarazo. Cartagena (Colombia) 2009. Estudio de Corte Transversal. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, 62(2). Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/1952/195222502003.pdf>
- Herdman, C. (1997). *Las repercusiones del embarazo y la procreación prematuros en las madres adolescentes y sus hijos*. Recuperado de <http://www.advocatesforyouth.org/publications/publications-a-z/433-las-repercusiones-del-embarazo-y-la-procreacion-prematuros-en-las-madres-adolescentes-y-sus-hijos>
- Hidalgo, M. V. (1995). El proceso de convertirse en padre y madre: una importante transición evolutiva. *Apuntes de Psicología*, 44, 45-58.
- Manrique, R., Rivero, A., Ortunio, M., Rivas, M., Cardozo, R. y Guevara, H. (2008). Parto pretérmino en adolescentes. *Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela*, 68(3). Recuperado de http://www.scielo.org.ve/scielo.php?pid=S0048-77322008000300002&script=sci_arttext
- Molina, R. (1992). Salud reproductiva del adolescente. *Rev. Obstet. Ginecol. Venezuela*, 52(1), 3-7.
- Profamilia. (2010). *Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS)*. Recuperado de http://www.profamilia.org.co/encuestas/Profamilia/Profamilia/index.php?option=com_content&view=article&id=62&Itemid=9

Recibido: 1 de julio del 2014

Aceptado: 3 de septiembre de 2014

CORRESPONDENCIA

Nancy Adriana Arias Olarte
nancy02arias@gmail.com