

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA - LEÓN  
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
CARRERA DE MEDICINA**



**Tesis para optar al título de Doctor en Medicina y Cirugía.**

Título:

**Complicaciones obstétricas y perinatales en adolescentes  
atendidas en el Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales Argüello.**

Autores:

**Roderick L. Altamirano Flores  
Brisa A. Álvarez Almeida**

Tutores:

**Dra. Eliette Valladares.  
Dra. Teresa Rodríguez.**

León, Noviembre de 2009.

*Complicaciones obstétricas y perinatales en adolescentes atendidas en el  
HEODRA*

## **RESUMEN**

El embarazo adolescente es una condición que mundialmente se encuentra en aumento principalmente en edades más precoces, debido a que cada vez con más frecuencia, la proporción de adolescentes sexualmente activas es mayor.

La incidencia de embarazos adolescentes varía dependiendo de la región y del grado de desarrollo del país estudiado. En Nicaragua las adolescentes se caracterizan desde el punto de vista reproductivo por el inicio de las relaciones sexuales precoces y la tasa de fecundidad específica en los adolescentes, ha sido considerada la más alta de la región.

En este trabajo se realizó un estudio de corte transversal en el Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales entre los meses de junio y septiembre del 2007 en el cual se atendieron un total de 1305 nacimientos de los que se seleccionó una muestra de 473 mujeres embarazadas, siendo adolescentes el 32%.

Se encontró que la mayor parte de complicaciones obstétricas no presentó diferencia significativa entre adolescentes y adultas, y que la más significativa fue la rotura prematura de membranas asociado al grupo de adolescentes y la hipertensión gestacional que ocurrió con mayor frecuencia en las adultas; por esto y otras características encontradas en la población estudiada y en el periodo de tiempo que se evaluaron, la edad no constituyó un factor de riesgo para la presencia de complicaciones obstétricas en este estudio.

*Complicaciones obstétricas y perinatales en adolescentes atendidas en el  
HEODRA*

## **OPINIÓN DE LA TUTORA**

De manera global en América Latina, la fecundidad ha disminuido considerablemente durante las 3 últimas décadas. Sin embargo, la fecundidad antes de los 20 años no ha presentado la misma tendencia, y aunque durante la década de los 80s comenzó a disminuir, a partir de los años 90s la tasa de embarazos en la adolescencia se muestra refractaria a la reducción, e inclusive tendiente al incremento en algunos países. Esto ha colocado a América Latina en una posición ambigua, con niveles de fecundidad global inferiores a la media de los países en desarrollo, pero con una fecundidad adolescente que rebasa ostensiblemente la media mundial, solo superada por África.

Esta persistencia de fecundidad y maternidad adolescente en América Latina es preocupante pues tiene concomitancias culturales y políticas, en una región donde la procreación sigue considerándose el acontecimiento capital en la vida de una mujer, donde se carece de educación sexual en los sistemas educativos, hay falta de aplicación de políticas públicas de salud sexual y reproductiva para adolescentes y mujeres jóvenes no unidas, y aun prevalece el desconocimiento casi absoluto a los derechos sexuales y reproductivos.

En Nicaragua la mitad de las jóvenes han tenido su primera relación sexual antes de los 16 años y el 32% su primer hijo antes de cumplir los 19 años. Esto incrementa considerablemente en zonas rurales (49%). El 82% de esos embarazos son no planificados y/o no deseados.

Las adolescentes embarazadas a menudo no reconocen que están embarazadas, demoran o no reciben atención prenatal y afrontan además el proceso reproductivo antes de alcanzar la plena madurez orgánica para esto, lo que puede poner en riesgo su salud y la de su hijo. Además, tienden a buscar con mayor frecuencia que se les practiquen abortos baratos, tardíos y en condiciones inseguras, presentando por tanto mayor número de complicaciones post aborto.

En ese contexto, la relevancia del presente trabajo investigativo es el tratar de dilucidar si existe entre las adolescentes embarazadas mayor número de complicaciones prenatales y perinatales, en comparación con las adultas. Aspecto del problema que ha sido poco abordado previamente en Nicaragua, donde la mayor parte de estudios sobre embarazos en adolescentes han abordado prevalencia, factores de riesgo y/o impacto sociocultural.

Eliette Valladares  
Tutora

*Complicaciones obstétricas y perinatales en adolescentes atendidas en el  
HEODRA*

**DEDICATORIA**

A Dios por ser el creador de todas nuestras ideas e inquietudes.

A nuestras familias por ser el apoyo incondicional en todo momento, tanto afectivo, económico y científicamente.

En especial a nuestro guía y fuente de inspiración, quien con su ejemplo a forjado en nuestra vida profesional el carácter de médicos de corazón. Gracias Chele.

*Complicaciones obstétricas y perinatales en adolescentes atendidas en el*  
*HEODRA*  
**AGRADECIMIENTO**

A Dios nuestro guía espiritual, por brindarnos la sabiduría necesaria para cumplir nuestras metas.

A nuestras familias, de las cuales hemos recibido un apoyo incondicional que nos da la seguridad de seguir adelante.

A nuestras tutoras las que fueron pilar fundamental en la realización de nuestro trabajo investigativo.

Al departamento de ginecología por permitirnos ocupar la información necesaria para culminar nuestro estudio.

*Complicaciones obstétricas y perinatales en adolescentes atendidas en el*  
*HEODRA*  
**ÍNDICE**

	Página.
Introducción.....	1
Antecedentes.....	3
Justificación.....	5
Planteamiento del problema.....	6
Hipótesis.....	7
Objetivos.....	8
Marco teórico.....	9
Material y método.....	29
Operacionalización de las variables.....	31
Resultados.....	33
Análisis de los resultados.....	41
Conclusiones.....	43
Recomendaciones.....	44
Bibliografía.....	45
Anexos.....	47

*Complicaciones obstétricas y perinatales en adolescentes atendidas en el  
HEODRA*

## **INTRODUCCIÓN**

El embarazo adolescente es aquella condición de gestación que ocurre en la edad de la adolescencia, que comprende mujeres de hasta 19 años de edad, independiente de la edad ginecológica. Es una condición que mundialmente se encuentra en aumento principalmente en edades más precoces, debido a que cada vez con más frecuencia, la proporción de adolescentes sexualmente activas es mayor. (1).

Con respecto a la edad de las adolescentes embarazadas existen estudios que evidencian diferencias significativas en la evolución del embarazo entre las pacientes menores de 16 años y las de 16 años y más. Stain y cols. (1999), demostró que el riesgo obstétrico en las adolescentes mayores (entre 16 y 19 años) estaba asociado con factores sociales como pobreza más que con la simple edad materna. En contraste, en las pacientes menores de 16 años, los resultados obstétricos y perinatales son dependientes de la edad materna por sí misma (1).

En lo que respecta a las patologías del parto, se señala que mientras más joven es la adolescente, mayores son las alteraciones que pueden ocurrir en relación al parto. Esto es debido principalmente a una falta de desarrollo de la pelvis materna, lo que condicionaría una mayor incidencia de desproporción céfalo-pélvica, constituyendo esto, una causa importante de trabajos de parto prolongado y partos operatorios, tanto fórceps como cesáreas. Otros estudios, sin embargo, han encontrado una menor incidencia de partos operatorios en las adolescentes con respecto a las mujeres adultas. Además de la desproporción céfalo-pélvica, las adolescentes embarazadas tienen mayor riesgo de culminar su parto con laceraciones del cuello uterino, vagina, vulva y periné. Esta complicación está dada principalmente por la condición de inmadurez de estas jóvenes, manifestándose en una estrechez de canal blanco (2).

*Complicaciones obstétricas y perinatales en adolescentes atendidas en el  
HEODRA*

La incidencia de embarazos adolescentes varía dependiendo de la región y del grado de desarrollo del país estudiado. En Estados Unidos, anualmente cerca de un millón de embarazos corresponden a madres adolescentes, constituyendo un 12,8% del total de embarazos. En países menos desarrollados, la proporción de embarazos adolescentes es de aproximadamente 15,2% en Chile, y del 25% en el caso de El Salvador, Centroamérica, pudiendo llegar a cifras tan elevadas como del 45% del total de embarazos en algunos países africanos (3).

En Nicaragua las proyecciones realizadas por el Estudio de Estadística y Censos (INEC) señalan una tasa de fecundidad adolescente de 152 nacimientos por cada mil mujeres entre 15 y 19 años, encuesta realizada en el 2001 en donde ubican a Nicaragua como el país de América Latina con la más alta tasa de fecundidad en adolescentes. (4)

*Complicaciones obstétricas y perinatales en adolescentes atendidas en el  
HEODRA*

## **ANTECEDENTES**

Después de una ardua revisión bibliográfica, estudios similares al nuestro están bien documentados en otras partes del mundo caso contrario a nuestro país en el cual se encontró poca documentación que reflejara lo que nosotros planteamos como problema de estudio, siendo esto un motivo más de inspiración para la realización de la presente investigación.

A través de la historia del mundo, hasta la era moderna, los embarazos adolescentes eran la norma. Cuando una muchacha joven se volvía sexualmente madura, era casada y pronto cumplía la misión para lo que era biológicamente creada, dando a luz a la siguiente generación. Los embarazos adolescentes siguen siendo la norma en muchas partes del mundo, consideran a cada niño nacido de una muchacha joven normalmente una bendición. (5)

Actualmente el embarazo en adolescentes constituye una causa frecuente de consultas en los hospitales y un problema en salud pública, según estadísticas mundiales (1999), en la actualidad la población adolescente representa el 20% de la población mundial, de cuyo total cerca del 85% vive en países en vías de desarrollo. (3)

Desde la década de 1990, el aumento continuo de las tasas de nacimiento para mujeres de menos de 20 años de edad se ha asociado al incremento de la proporción de adolescentes que son sexualmente activas, la cual se ha incrementado de un 36% al 51%. (6)

El embarazo en adolescentes esta implicado cada día más como causa de consulta de los centros hospitalarios, se estima que en los países en desarrollo aproximadamente el 20% a 60% de los embarazos son no deseados, y que los adolescentes generalmente tienen escasa información sobre el correcto uso de medidas anticonceptivas y sobre la fertilidad. (6)

*Complicaciones obstétricas y perinatales en adolescentes atendidas en el  
HEODRA*

Las adolescentes en Nicaragua se caracterizan desde el punto de vista reproductivo por el inicio de las relaciones sexuales precoces y la tasa de fecundidad específica en los adolescentes, ha sido considerada la más alta de la región. El 30.2% de los embarazos en las adolescentes ocurren en edades comprendidas entre los 10-14 años. Otro dato interesante es que tres de cada diez nacimientos son de madres adolescentes y más de la cuarta parte ocurre fuera de la unidad de salud lo que favorece el incremento de las muertes maternas en adolescentes. (4)

*Complicaciones obstétricas y perinatales en adolescentes atendidas en el*  
*HEODRA*  
**JUSTIFICACIÓN**

El embarazo en la adolescencia representa actualmente uno de los principales problemas de salud pública, el cual principalmente afecta países en vías de desarrollo, de los cuales Nicaragua tiene una de las más altas tasas de la región.

Se ha encontrado que es una causa muy frecuente de consulta, lo que implica que aparte del impacto psicosocial que tiene en la adolescente y su entorno, también tiene un gran impacto económico en el sistema de salud, el cual a pesar de los esfuerzos que ha implementado para lograr disminuir el problema, se ha convertido en un gran desafío.

El problema del embarazo en la adolescencia nos afecta a todos, ya que, nos hace preguntarnos que estamos haciendo por cambiar esta situación, por que esta muy bien documentado que tiene un aspecto multifactorial, que necesita un abordaje interdisciplinario en el que todos estemos conscientes de que nuestra participación pueda aportar una ayuda en la prevención del problema y también en el buen manejo durante y después del embarazo, para evitar las complicaciones que debido a sus características físicas y psicológicas están predispuestas a sufrir. Por lo que consideramos que es muy importante realizar este tipo de trabajo investigativo para reconocer cuales son las principales complicaciones y su diferencia con las embarazadas adultas, para con esto poder tener una base científica con la que podamos proponer la implementación de un abordaje especial a cada tipo de mujer embarazada.

*Complicaciones obstétricas y perinatales en adolescentes atendidas en el  
HEODRA*

**PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

¿Presentan las embarazadas adolescentes mayor número de complicaciones obstétricas y perinatales?

¿Cuáles son las complicaciones obstétricas y perinatales más frecuentes en adolescentes, en comparación con embarazadas adultas?

*Complicaciones obstétricas y perinatales en adolescentes atendidas en el  
HEODRA*

**HIPÓTESIS**

Las complicaciones obstétricas y perinatales son más frecuentes en adolescentes que en adultas.

*Complicaciones obstétricas y perinatales en adolescentes atendidas en el*  
*HEODRA*  
**OBJETIVOS**

**General:**

Determinar el tipo y frecuencia de las complicaciones obstétricas y perinatales en las adolescentes en comparación con las mujeres adultas atendidas en el HEODRA, del 15 de Junio al 15 de Septiembre de 2007.

**Específicos:**

1. Describir las características socio-demográficas de la población de estudio.
2. Identificar las complicaciones obstétricas y perinatales de las embarazadas incluidas al estudio.
3. Determinar si la adolescencia es un factor asociado a complicaciones obstétricas.

*Complicaciones obstétricas y perinatales en adolescentes atendidas en el*  
*HEODRA*  
**MARCO TEÓRICO**

### **Adolescencia**

La adolescencia es un período de transición entre la niñez y la adultez. Su definición no es fácil, puesto que "su caracterización depende de una serie de variables: ubicación ecológica (referidos al medio ambiente natural), estrato socioeconómico, origen étnico y período de la adolescencia, entre otros." (7)

La adolescencia se inicia con la pubertad (entre los 11 y 15 años aproximadamente) época en la que aparece la primera menstruación en las niñas. Junto con el proceso biológico que llamamos pubertad, aparece un proceso social que llamamos adolescencia (7).

La adolescencia es la etapa en la cual se amplía el círculo de relaciones, ocurren cambios físicos notables, su cuerpo infantil cambia a un cuerpo más grande, con nuevas formas olores y funciones, se experimenta las primeras manifestaciones de la madurez y se inicia la búsqueda de pareja e independencia (7).

La maduración sexual de la mujer se inicia en la pubertad, con la aparición de cambios corporales, estos cambios anteceden a la primera menstruación que es el signo más claro y constituye una indicación de que están madurando los órganos internos de la reproducción. La secuencia cronológica de estos cambios culminan en la obtención de la capacidad reproductora la cual varía de una mujer a otra, las manifestaciones corporales como el comienzo del desarrollo de las mamas, la aparición de vello púbico y la aceleración del crecimiento anteceden en un lapso muy variable, el comienzo real de la menstruación. (7)

**La OMS define como adolescencia** al "período de la vida en el cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida la independencia socio – económica" y fija sus límites entre los 10 y 19 años. (8)

*Complicaciones obstétricas y perinatales en adolescentes atendidas en el  
HEODRA*

**1. – Adolescencia Temprana (10 a 13 años):**

Biológicamente, es el periodo peripuberal, con grandes cambios corporales y funcionales como la menarca. (7)

Psicológicamente el adolescente comienza a perder interés por los padres e inicia amistades básicamente con individuos del mismo sexo. Intelectualmente aumentan sus habilidades cognitivas y sus fantasías; no controla sus impulsos y se plantea metas vocacionales irreales. Personalmente se preocupa mucho por sus cambios corporales con grandes incertidumbres por su apariencia física. (7)

**2. – Adolescencia media (14 a 16 años)**

Es la adolescencia propiamente dicha; cuando ha completado prácticamente su crecimiento y desarrollo somático. (7)

Psicológicamente es el período de máxima relación con sus pares, compartiendo valores propios y conflictos con sus padres. Para muchos, es la edad promedio de inicio de experiencia y actividad sexual; se sienten invulnerables y asumen conductas omnipotentes casi siempre generadoras de riesgo. (7)

Muy preocupados por apariencia física, pretenden poseer un cuerpo más atractivo y se manifiestan fascinados con la moda. (7)

**3. – Adolescencia tardía (17 a 19 años)**

Casi no se presentan cambios físicos y aceptan su imagen corporal; se acercan nuevamente a sus padres y sus valores presentan una perspectiva más adulta; adquieren mayor importancia las relaciones íntimas y el grupo de pares va perdiendo jerarquía; desarrollan su propio sistema de valores con metas vocacionales reales. (7)

Es importante conocer las características de estas etapas de la adolescencia, por las que todos pasan con sus variaciones individuales y culturales, para interpretar actitudes y comprender a los adolescentes

*Complicaciones obstétricas y perinatales en adolescentes atendidas en el  
HEODRA*

especialmente durante un embarazo sabiendo que: "una adolescente que se embaraza se comportará como corresponde al momento de la vida que está transitando, sin madurar a etapas posteriores por el simple hecho de estar embarazada; son adolescentes embarazadas y no embarazadas muy jóvenes". (9)

**Desde el punto de vista físico la adolescencia se caracteriza por:**

Crecimiento corporal dado por aumento de peso, estatura y cambio de las formas y dimensiones corporales. Al momento de mayor velocidad de crecimiento se denomina estirón puberal. (7)

Aumento de la masa y de la fuerza muscular, aumento de la capacidad de transportación de oxígeno, incremento de los mecanismos amortiguadores de la sangre, maduración de los pulmones y el corazón, dando por resultado un mayor rendimiento y recuperación más rápida frente al ejercicio físico. (7)

Al incrementarse la velocidad del crecimiento se cambian las formas y dimensiones corporales, esto no ocurre de manera armónica, por lo que es común que se presenten trastornos como son: torpeza motora, incoordinación, fatiga, trastornos del sueño, esto puede ocasionar trastornos emocionales y conductuales de manera transitoria. (7)

Desarrollo sexual caracterizado por la maduración de los órganos sexuales, aparición de caracteres sexuales secundarios y se inicia la capacidad reproductiva. (7)

**Las características psicológicas de la adolescencia están dadas fundamentalmente por: (9)**

- Búsqueda de sí mismos, de su identidad
- Necesidad de independencia
- Tendencia grupal.
- Evolución del pensamiento concreto al abstracto.
- Manifestaciones y conductas sexuales con desarrollo de la identidad sexual

## *Complicaciones obstétricas y perinatales en adolescentes atendidas en el HEODRA*

- Contradicciones en las manifestaciones de su conducta y fluctuaciones del estado anímico
- Relación conflictiva con los padres
- Actitud social reivindicativa, se hacen más analíticos, formulan hipótesis, corrigen falsos preceptos, consideran alternativas y llegan a conclusiones propias.
- La elección de una ocupación y la necesidad de adiestramiento y capacitación para su desempeño.
- Necesidad de formulación y respuesta para un proyecto de vida.

### **Embarazo en la adolescencia**

#### **Definición:**

El embarazo en la adolescencia es aquella gestación que ocurre durante los 2 primeros años después de la primera menstruación y/o cuando la adolescente mantiene la total dependencia social y económica de sus padres. (10)

### **CONSIDERACIONES PSICOSOCIALES PARA EL AUMENTO DE LOS EMBARAZOS EN ADOLESCENTES (10)**

El comportamiento sexual humano es variable y depende de las normas culturales y sociales especialmente en la adolescencia, pudiendo clasificar a las sociedades humanas de la siguiente manera:

*Sociedad Represiva:* niega la sexualidad, considerando al sexo como un área peligrosa en la conducta humana. Considera una virtud la sexualidad inactiva, aceptándola sólo con fines procreativos. Las manifestaciones de la sexualidad pasan a ser fuentes de temor, angustia y culpa, enfatizando y fomentando la castidad prematrimonial.

*Sociedad Restrictiva:* tiene tendencia a limitar la sexualidad, separando tempranamente a los niños por su sexo. Se aconseja la castidad prematrimonial, otorgando al varón cierta libertad. Presenta ambivalencia respecto al sexo, siendo la más común de las sociedades en el mundo.

## *Complicaciones obstétricas y perinatales en adolescentes atendidas en el HEODRA*

*Sociedad Permisiva:* tolera ampliamente la sexualidad, con algunas prohibiciones formales (la homosexualidad). Permite las relaciones sexuales entre adolescentes y el sexo prematrimonial. Es un tipo social común en países desarrollados.

*Sociedad Alentadora:* para la cual el sexo es importante y vital para la felicidad, considerando que el inicio precoz del desarrollo de la sexualidad favorece una sana maduración del individuo. La pubertad es celebrada con rituales religiosos y con instrucción sexual formal. La insatisfacción sexual no se tolera y hasta es causal de separación de pareja.

Así se considera que el embarazo en adolescentes es un fenómeno causado por múltiples factores, principalmente de orden psicosocial, ocurriendo en todos los estratos sociales sin tener las mismas características en todos ellos, por lo que importan las siguientes consideraciones: (9)

1. – *Estratos medio y alto:* la mayoría de las adolescentes que quedan embarazada interrumpen la gestación voluntariamente.
2. – *Estratos más bajos:* donde existe mayor tolerancia del medio a la maternidad adolescente, es más común que tengan su hijo.

### **Factores predisponentes del embarazo en la adolescencia: (10)**

1. – *Menarca temprana:* otorga madurez reproductiva cuando aún no maneja las situaciones de riesgo.
2. – *Inicio Precoz de Relaciones Sexuales:* cuando aun no existe la madurez emocional necesaria para implementar una adecuada prevención.
3. – *Familia Disfuncional:* uni-parentales o con conductas promiscuas, que ponen de manifiesto la necesidad de protección de una familia continente, con buen diálogo padres – hijos. Su ausencia genera carencias afectivas que la joven no sabe resolver, impulsándola a relaciones sexuales que tiene mucho más de

*Complicaciones obstétricas y perinatales en adolescentes atendidas en el  
HEODRA*

sometimiento para recibir afecto, que genuino vínculo de amor.

4. – *Mayor Tolerancia del Medio a la Maternidad Adolescente.*

5. – *Bajo Nivel Educativo:* con desinterés general. Cuando hay un proyecto de vida que prioriza alcanzar un determinado nivel educativo y posponer la maternidad para la edad adulta, es más probable que la joven, aún teniendo relaciones sexuales, adopte una prevención efectiva del embarazo.

6. – *Migraciones Recientes:* con pérdida del vínculo familiar. Ocurre con el traslado de las jóvenes a las ciudades en busca de trabajo y aún con motivo de estudios superiores.

7. – *Pensamientos Mágico:* propios de esta etapa de la vida, que las lleva a creer que no se embarazarán porque no lo desean.

8. – *Fantasías de Esterilidad:* comienzan sus relaciones sexuales sin cuidados y, como no se embarazan por casualidad, piensan que son estériles.

9. – *Falta o Distorsión de la Información:* es común que entre adolescentes circulen "mitos" como: sólo se embaraza si tiene orgasmo, o cuando se es más grande, o cuando lo hace con la menstruación, o cuando no hay penetración completa, etc.

10. – *Controversias entre su Sistema de Valores y el de sus Padres:* cuando en la familia hay una severa censura hacia las relaciones sexuales entre adolescentes, muchas veces los jóvenes las tienen por rebeldía y, a la vez, como una forma de negarse a sí mismos que tiene relaciones no implementan medidas anticonceptivas.

*Complicaciones obstétricas y perinatales en adolescentes atendidas en el  
HEODRA*

11. - *Aumento en número de adolescentes:* alcanzando el 50% de la población femenina.

12. - *Factores socioculturales:* la evidencia del cambio de costumbres derivado de una nueva libertad sexual, que se da por igual en los diferentes niveles socioeconómicos.

**Factores determinantes del embarazo en la adolescencia: (10)**

1. – *Relaciones sin Anticoncepción*
2. – *Abuso Sexual*
3. – *Violación*

**ASPECTOS PSICOSOCIALES DEL EMBARAZO EN LAS ADOLESCENTES**

A. ADOLESCENCIA DE LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS  
La maternidad es un rol de la edad adulta. Cuando ocurre en el periodo en que la mujer no puede desempeñar adecuadamente ese rol, el proceso se perturba en diferente grado. (11)

Las madres adolescentes pertenecen a sectores sociales más desprotegidos y, en las circunstancias en que ellas crecen, su adolescencia tiene características particulares. (11)

Es habitual que asuman responsabilidades impropias de esta etapa de su vida, reemplazando a sus madres y privadas de actividades propias de su edad, confundiendo su rol dentro del grupo, comportándose como "*hija-madre*", cuando deberían asumir su propia identidad superando la confusión en que crecieron. (11)

También, en su historia, se encuentran figuras masculinas cambiantes, que no ejercen un rol ordenador ni de afectividad paterna, privándolas de la confianza y seguridad en el sexo opuesto, incluso con el mismo padre biológico.

Así, por temor a perder lo que creen tener o en la búsqueda de afecto, se someten a relaciones con parejas que las maltratan. (11)

## *Complicaciones obstétricas y perinatales en adolescentes atendidas en el HEODRA*

En otros casos, especialmente en menores de 14 años, el embarazo es la consecuencia del "abuso sexual", en la mayoría de los casos por un familiar. (11)

El despertar sexual suele ser precoz y muy importante en sus vidas carentes de otros intereses; con escolaridad pobre; sin proyectos (laborales, de uso del tiempo libre, de estudio); con modelos familiares de iniciación sexual precoz; por estimulación de los medios, inician a muy corta edad sus relaciones sexuales con chicos muy jóvenes, con muy escasa comunicación verbal y predominio del lenguaje corporal. Tienen relaciones sexuales sin protección contra enfermedades de transmisión sexual buscando a través de sus fantasías, el amor que compense sus carencias. (11)

### B. – ACTITUDES HACIA LA MATERNIDAD

El embarazo en la adolescente es una crisis que se sobre-impone a la crisis de la adolescencia. Comprende profundos cambios somáticos y psicosociales con incremento de la emotividad y acentuación de conflictos no resueltos anteriormente. (11)

Generalmente no es planificado, por lo que la adolescente puede adoptar diferentes actitudes que dependerán de su historia personal, del contexto familiar y social pero mayormente de la etapa de la adolescencia en que se encuentre.

En la adolescencia temprana, con menos de 14 años, el impacto del embarazo se suma al del desarrollo puberal. Se exacerban los temores por los dolores del parto; se preocupan más por sus necesidades personales que no piensan en el embarazo como un hecho que las transformará en madres. Si, como muchas veces ocurre, es un embarazo por abuso sexual, la situación se complica mucho más. Se vuelven muy dependientes de su propia madre, sin lugar para una pareja aunque ella exista realmente. No identifican a su hijo como un ser independiente de ellas y no asumen su crianza, la que queda a cargo de los abuelos. (11)

En la adolescencia media, entre los 14 y 16 años, como ya tiene establecida la identidad del género, el embarazo se relaciona con la expresión del erotismo, manifestado en la vestimenta que suelen usar, exhibiendo su abdomen

## *Complicaciones obstétricas y perinatales en adolescentes atendidas en el HEODRA*

gestante en el límite del *exhibicionismo*. Es muy común que "*dramaticen*" la experiencia corporal y emocional, haciéndola sentirse posesiva del feto, utilizado como "*poderoso instrumento*" que le afirme su independencia de los padres. Frecuentemente oscilan entre la euforia y la depresión. Temen los dolores del parto pero también temen por la salud del hijo, adoptando actitudes de autocuidado hacia su salud y la de su hijo. Con buen apoyo familiar y del equipo de salud podrán desempeñar un rol maternal, siendo muy importante para ellas la presencia de un compañero. Si el padre del bebé la abandona, es frecuente que inmediatamente constituya otra pareja aún durante el embarazo. (11)

En la *adolescencia tardía*, luego de los 18 años, es frecuente que el embarazo sea el elemento que faltaba para consolidar su identidad y formalizar una pareja jugando, muchas de ellas, el papel de madre joven. La crianza del hijo por lo general no tiene muchos inconvenientes. (11)

En resumen, la actitud de una adolescente embarazada frente a la maternidad y a la crianza de su hijo, estará muy influenciada por la etapa de su vida por la que transita y, si es realmente una adolescente aún, necesitará mucha ayuda del equipo de salud, abordando el tema desde un ángulo interdisciplinario durante todo el proceso, incluso el seguimiento y crianza de su hijo durante sus primeros años de vida. (11)

### D. – CONSECUENCIAS DE LA MATERNIDAD –ADOLESCENTE

A las consecuencias biológicas por condiciones desfavorables, se agregan las psicosociales de la maternidad en la segunda década de la vida. (11)

#### 1. – *Consecuencias para la adolescente*

Es frecuente el abandono de los estudios al confirmarse el embarazo o al momento de criar al hijo, lo que reduce sus futuras oportunidades de lograr buenos empleos y sus posibilidades de realización personal al no cursar carreras de su elección. También le será muy difícil lograr empleos permanentes con beneficios sociales. (11)

## *Complicaciones obstétricas y perinatales en adolescentes atendidas en el HEODRA*

Las parejas adolescentes se caracterizan por ser de menor duración y más inestables, lo que suele magnificarse por la presencia del hijo, ya que muchas se formalizan forzosamente por esa situación. (11)

En estratos sociales de mediano o alto poder adquisitivo, la adolescente embarazada suele ser objeto de discriminación por su grupo de pertenencia.

Las adolescentes que son madres tienden a tener un mayor número de hijos con intervalos intergenésicos más cortos, eternizando el círculo de la pobreza. (11)

### *2. – Consecuencias para el hijo de la madre adolescente*

Tienen un mayor riesgo de bajo peso al nacer, dependiendo de las circunstancias en que se haya desarrollado la gestación. También se ha reportado una mayor incidencia de "muerte súbita". Tienen un mayor riesgo de sufrir abuso físico, negligencia en sus cuidados, desnutrición y retardo del desarrollo físico y emocional. Muy pocos acceden a beneficios sociales, especialmente para el cuidado de su salud, por su condición de "extramatrimoniales" o porque sus padres no tienen trabajo que cuenten con ellos. (11)

## **ENFOQUE DE RIESGO PARA LA ATENCION DE LA ADOLESCENTE EMBARAZADA**

La *primera pregunta* a responder es si se considera a las adolescentes gestantes como de alto riesgo obstétrico y perinatal. La *segunda pregunta* es cómo separar a las adolescentes que son de alto riesgo de las que no lo son. Una *tercera pregunta* es saber cuáles son esos factores predictores y si son biológicos o psicosociales. La *cuarta pregunta* es saber si es posible aplicar modelos de atención simples que permitan aplicar los factores predictores de riesgo y concentrar los recursos de mayor complejidad y de mayores costos en las adolescentes más necesitadas. (12)

*Complicaciones obstétricas y perinatales en adolescentes atendidas en el  
HEODRA*

Para aplicar un modelo de atención basado en factores de riesgo obstétrico y perinatal, conviene dividir a las adolescentes embarazadas en 3 grupos: de alto riesgo, de mediano riesgo y de riesgo corriente o no detectable. (12)

A. – GRUPO DE ALTO RIESGO OBSTETRICO Y PERINATAL (12)

- Antecedentes de patología médica obstétrica general importante.
- Antecedente de abuso sexual.
- Enflaquecimiento (desnutrición).
- Estatura de 1,50 m o menor.
- Cursando los 2 primeros años de la enseñanza media.
- Pareja estudiante, en servicio militar o con trabajo ocasional.

B. – GRUPO DE MEDIANO RIESGO OBSTETRICO Y PERINATAL (12)

- Menarca a los 11 años o menos.
- Actitud negativa o indiferente al inicio del embarazo.
- Ser la mayor de los hermanos.

C. – GRUPO DE RIESGO OBSTETRICO Y PERINATAL CORRIENTE O NO  
DETECTABLE (12)

Incorpora a todas las demás adolescentes hasta la edad que determine el programa. Poseen diferentes normas de control prenatal, en base a nivel de complejidad de la atención. Actualmente no se considera el *grupo de mediano riesgo*. El factor "*actitud negativa*" de la adolescente al inicio del embarazo, pasó al *grupo de alto riesgo* y los otros 2 factores pasaron al *grupo de riesgo corriente o no detectable*.

CONTROL DEL EMBARAZO DE LA ADOLESCENTE

Los problemas que se pueden presentar en los controles prenatales, se los puede agrupar en trimestres. (2)

A. – PRIMER TRIMESTRE

*Complicaciones obstétricas y perinatales en adolescentes atendidas en el  
HEODRA*

1. – *Trastornos Digestivos* En 1/3 de las gestantes adolescentes se presentan vómitos, proporción bastante semejante a la población de adultas. En algunas circunstancias pueden colaborar otros factores como la gestación no deseada. Un trabajo nigeriano al respecto informa que los vómitos se ocurrieron en el 83,3% de controladas y el 86% de no controladas. (2)

2. – *Metrorragias* Ocurre en un 16,9% de las adolescentes y en un 5,7% de las adultas. (2)

3. – *Abortos Espontáneos* se han detectado un 28,2% de abortos espontáneos en las adolescentes. (2)

4. – *Embarazos Extrauterinos* según Aumerman ocurren en el 0,5% de las adolescentes embarazadas y en el 1,5% de las adultas. (2)

**B. – SEGUNDO Y TERCER TRIMESTRE**

1. – *Anemia* especialmente en sectores de bajo nivel social y cultural. El déficit nutricional condiciona la anemia ferropénica, problema que comenzó a ser estudiado por Wallace en 1965. Tejerizo encuentra un 16,99% de anemias en las adolescentes gestantes y un 3,97% en las adultas. En el Hospital Universitario Clínico de Salamanca se encontró un 53,8% de anemias ferropénicas en adolescentes. En un estudio sobre 340 adolescentes embarazadas, se encontró 13,5% de anemias en las controladas y 68% en las no controladas. (2)

2. – *Infecciones Urinarias* hay discrepancias respecto de si es o no más frecuente esta complicación en la adolescente embarazada. Al parecer habría un discreto aumento de la frecuencia entre las de 14 años pudiendo alcanzar, para algunos autores, un 23,1%. (2)

3. – *Amenaza de Parto Pre-término* afecta aproximadamente al 11,42% de las gestantes embarazadas y, para algunos autores, no es diferente al porcentaje de las mujeres adultas. No obstante, la adolescencia en sí, es un factor de riesgo para esta complicación. (2)

4. – *Hipertensión Arterial Gravídica* complicación que se presenta entre el 13 y 20% de las adolescentes gestantes, posiblemente es mayor el porcentaje entre las gestantes menores de 15 años, notándose una sensible disminución en

*Complicaciones obstétricas y perinatales en adolescentes atendidas en el  
HEODRA*

la frecuencia de la eclampsia (0,10 a 0,58%), dependiendo en gran medida de la procedencia de la gestante, su nivel social y de la realización de los controles prenatales. En algunos países del 3er mundo puede alcanzar un 18,2% de pre-eclampsias y un 5% de eclampsias. Para algunos autores, esta incidencia es doble entre las primigéatas entre 12 y 16 años. (2)

5. – *Mortalidad Fetal* no parece haber diferencias significativas entre las adolescentes y las adultas. (2)

6. – *Parto Prematuro* es más frecuente en las adolescentes, con una media de menos una semana respecto de las adultas, cubriendo todas sus necesidades (nutritivas, médicas, sociales, psicológicas). En el Hospital Universitario Clínico de Salamanca, la incidencia del parto pre-término alcanza el 9%. (2)

7. – *Crecimiento Intrauterino Retardado* quizás por inmadurez biológica materna, y el riesgo aumenta por condiciones socioeconómicas adversas (malnutrición) o por alguna complicación médica (toxemia). El bajo peso al nacer se asocia al aumento de la morbilidad perinatal e infantil y al deterioro del desarrollo físico y mental posterior del niño. (2)

8. – *Presentaciones Fetales Distócicas* las presentaciones de nalgas afecta del 1,9% al 10% de las adolescentes. Para algunos autores, al 3%. (2)

9. – *Desproporciones Céfalopélvicas* es muy frecuente en adolescentes que inician su embarazo antes de que su pelvis alcance la configuración y tamaño propios de la madurez. (2)

10. *Tipo De Parto* en el Hospital Universitario Clínico de Salamanca, la prevalencia de cesáreas en adolescentes es del 18,9%, mientras que en nuestro servicio del Hospital Dr. José Ramón Vidal de Corrientes Argentina, la prevalencia del parto por cesárea es sensiblemente mayor. (2)

11. – *Alumbramiento* se comunica una frecuencia del 5,5% de hemorragias del alumbramiento en adolescentes, frente a un 4,8% en las mujeres entre 20 y 24 años. Por lo tanto, la hemorragia del alumbramiento no es específica del parto de la adolescente. (2)

*Complicaciones obstétricas y perinatales en adolescentes atendidas en el  
HEODRA*

12. – *Otras Complicaciones* la prevalencia del *test de Sullivan* y la *curva de glucemia positiva* es posible que ocurra en un 38,4% de las adolescentes gestantes. (2)

**RECIEN NACIDO DE MADRE ADOLESCENTE**

**A. – PESO**

No existen diferencias significativas con relación a las mujeres adultas, aunque parece existir entre las menores de 15 años, debiendo diferenciarse claramente los nacimientos pre-término de los retardos del crecimiento fetal, con definidas repercusiones sobre la morbi-mortalidad perinatal. Entre la menores de 17 años hay mayor frecuencia de bajos pesos, con una prevalencia cercana al 14% de RN con menos de 2500 g. (12)

**B. – INTERNACION EN NEONATOLOGIA**

Los hijos de adolescentes registran una mayor frecuencia de ingresos a Neonatología sin diferencias entre las edad de las adolescentes. (12)

**C. – MALFORMACIONES**

Se informa mayor incidencia entre hijos de adolescentes menores de 15 años (20%) respecto de las de mayor edad (4%), siendo los defectos de cierre del tubo neural las malformaciones más frecuentes, y con un número importante de retrasos mentales de por vida. (12)

**D. – MORTALIDAD PERINATAL**

Su índice es elevado entre las adolescentes, disminuyendo con la edad (39,4% hasta los 16 años y 30,7% entre las mayores de 19 años). (12)

*Complicaciones obstétricas y perinatales en adolescentes atendidas en el  
HEODRA*

**PRONOSTICO**

A. – MATERNO

Condicionado por factores físicos, sociales y psicológicos. El corto intervalo intergenésico es frecuente con sus consecuencias psicofísicas y sociales. El 50 a 70% abandonan las escuelas durante el embarazo y el 50% no la retoman más y si lo hacen, no completan su formación. Sólo un 2% continúan estudios universitarios. (12)

B. – FETAL

Entre un 5 y 9% de los hijos de adolescentes, son abandonados al nacer. (12)

**ATENCION INTEGRAL DE LA ADOLESCENTE**

A. – EL ENFOQUE DE RIESGO

Estrategia que tiene en cuenta: *factores protectores* y *factores de riesgo* psicosociales para implementar una intervención adecuada y oportuna para evitar un daño. (4)

*a. Factores protectores:* son recursos personales o sociales que atenúan o neutralizan el impacto de un daño. Para un adolescente, una familia continente (aunque uniparental), un diálogo fluido con adulto referente, un rendimiento escolar satisfactorio y un grupo de pares con conductas adecuadas, son factores protectores. (4)

*b. Factores de riesgo:* son características o cualidades de una persona o comunidad unidas a una mayor probabilidad de sufrir daño en salud. (4)

El enfoque de riesgo se caracteriza por ser: (4)

1. *Anticipatorio:* permitiendo aplicar medidas preventivas.
2. *Integral:* abarcando los aspectos biológicos, psicológicos y sociales del individuo.

El enfoque de riesgo en la adolescente es muy importante ya que los comportamientos ante la morbi-mortalidad predominante en la adolescencia

*Complicaciones obstétricas y perinatales en adolescentes atendidas en el  
HEODRA*

comparten la toma de riesgo y hay que investigarlos sistemáticamente, por lo que requiere de un equipo interdisciplinario. (4)

**B. – LA CONSULTA CON ADOLESCENTES**

Debe recordarse que el embarazo no madura a la adolescente a la adultez, especialmente en los casos de adolescencia temprana o media y, para ello deberán tenerse en cuenta algunos elementos: (1)

*1. – Características de la adolescente que las diferencia de la mujer adulta*

a. La adolescente tiene poca conciencia de salud, resultándole muy difícil asumir un auto-cuidado debido a las circunstancias en que ocurrió el embarazo y las dificultades que éste le plantea. No tiene tiempo para pensar que debe concurrir regularmente a la consulta, ni comprende la importancia de los estudios complementarios, interpretándolos como castigo. Por ello hay que explicarle muy cuidadosamente para qué sirven y cómo se los realizarán. (1)

b. La adolescente no ha elaborado aún la identidad de género: si no puede comprender cabalmente lo que es ser mujer, menos comprenderá el significado de tener un hijo. Puede manifestarse contenta por ello, siendo más una idealización de la maternidad que una visión real de ella. (1)

c. Una característica de la niñez y de la adolescencia temprana y media es el pensamiento mágico, convencimiento de que las cosas van a ocurrir o no según sus deseos (ej.: "el parto no me va a doler"; "nos vamos a vivir juntos y nos vamos a mantener con lo que él gana"), lo que puede poner en riesgo a la adolescente y/o a su hijo. (1)

d. Tiene temor a los procedimientos invasivos, incluso para los estudios complementarios. (1)

*Complicaciones obstétricas y perinatales en adolescentes atendidas en el  
HEODRA*

e. Tienen menos información sobre todo el proceso, ya que las vicisitudes del embarazo, parto y crianza no son temas de conversación a esa edad. No han conversado con adultas comparando síntomas, por lo que el médico deberá brindar toda la información lo más clara posible. (1)

*2. – Dificultad para el vínculo con el hijo*

a. Tienen dificultades para discriminarse del bebé, estableciendo vínculos simbólicos con él y, cuando esta vinculación las agobia, pueden descuidar al niño e incluso maltratarlo. (1)

b. Priorizan sus necesidades sobre las del niño, ya que ellas son aún demandantes, y no tienen capacidad de contener a su hijo. (1)

c. Toleran muy poco las frustraciones, ya que no comprenden que el bebé no es como ellas quieren que sea, ni hace los que ellas quieren en el momento que quieren. Pueden llegar al enojo con el niño, poniéndolo en riesgo. (1)

*3. – Perfil deseable del médico para atender adolescentes*

a. *Tener idoneidad:* no solo en perinatología, sino en características bio-psicosociales particulares de la adolescencia. (4)

b. *Saber escuchar:* permitir que la adolescente plantee sus dudas y temores, alentándola con preguntas respetuosas. Debe ser buen observador de gestos, y saber contener sus actitudes y entrenarse en el contenido de sus palabras, sin reemplazar al psicólogo. (4)

c. *Saber respetar:* aceptando los valores de la adolescente cuando difieren de los suyos. (4)

d. *Ser capaz de registrar:* las diferentes sensaciones que pueden provocar las palabras de la adolescente y tenerlas en cuenta. Algunas veces, las

## *Complicaciones obstétricas y perinatales en adolescentes atendidas en el HEODRA*

manifestaciones de la adolescente o la misma situación, provoca rechazo, enojo e impotencia que pueden generar, en el médico, actitudes punitivas o paternalistas poco operativas. Si estima que la situación lo supera, deberá buscar ayuda en otro miembro del equipo. Estas situaciones se plantean más intensamente en el parto, especialmente si la adolescente es muy chica o se descontrola, cuando se necesita mayor tolerancia y comprensión, para no provocar daño emocional con secuelas futuras. (4)

### *4. – Contexto de la maternidad adolescente (6)*

Por lo general el equipo de salud se enfrenta a las siguientes circunstancias:

- a. Embarazo no planificado.
- b. Pareja ambivalente o ausente.
- c. Familia disfuncional o que, en principio no acepta la situación.
- d. Condiciones económicas desfavorables.
- e. Escaso espacio social frente al problema, con autoridades escolares que la separan de la institución, empleadores que la despiden y dificultades para constituir una familia.

## **MORTALIDAD MATERNA EN ADOLESCENTES**

En muchos países en desarrollo es francamente más alta en América Latina, la mortalidad materna total y la específica por edades, ha disminuido en casi todos los países y, en alguno de ellos, ya no puede ser utilizada como indicador para evaluar el impacto de programas, utilizándose la auditoría de casos para el análisis de la calidad de atención en accidentes obstétricos y perinatales. (1)

La prevención de la mortalidad materna en adolescentes se basa en la detección precoz de los grupos de mayor riesgo, y adecuado tratamiento de la morbilidad obstétrica y perinatal, optimizando los recursos. De esta manera, los riesgos enfermar y morir, no serán un problema de la edad cronológica, sino de la calidad, cobertura y accesibilidad de los servicios de salud para las madres adolescentes. (1)

## *Complicaciones obstétricas y perinatales en adolescentes atendidas en el HEODRA*

Para la disminución de la mortalidad materna en la adolescencia, se inicia con la Atención Primaria de la salud, a través de la Educación Sexual y anticoncepción como herramientas de la Promoción para la Salud, todo ello enmarcado en un programa de Educación, Promoción y Protección para la Salud de la Adolescente, como política de salud teniendo en cuenta que los jóvenes aún carecen de representación gremial y política que defiendan sus derechos, pasando a ser una baja prioridad en algunas sociedades. (4)

El análisis de factores de riesgo, se resume a informes intra-hospitalarios que muestran algunos aspectos del riesgo, generalmente asociados a algunas patologías y no con criterio predictivo aplicado desde la Atención Primaria de la Salud. (1)

### **MORBILIDAD OBSTETRICA EN LAS ADOLESCENTES**

En Chile (1991-1997), se informó que, la morbilidad de las adolescentes entre 10 y 14 años que necesitó internación, correspondía a accidentes y enfermedades respiratorias y digestivas, representando las causas gestacionales un 4,1% de los egresos. En el grupo de 15 a 19 años, la primera causa de hospitalización fue la gestación, alcanzando el 63,1% de los egresos. La distribución de la morbilidad obstétrica fue semejante a la de las adultas con mayor frecuencia de estados hipertensivos y desproporciones fetopélvicas. Llama la atención el impacto de la desnutrición en las embarazadas adolescentes, llegando a un 19,4% de enflaquecidas al momento del parto y la frecuencia del RN < 2,500 g alcanzó al 15% en ellas, siendo 5 veces superior a la frecuencia de prematuros en adolescentes de nutrición normal. Este fenómeno es mucho más grave en comunidades rurales, notándose un 41,4% de adolescentes de bajo peso al ingreso al control prenatal. (1)

La aplicación de un programa integral para adolescentes embarazadas, impactará sensiblemente en la disminución de la morbilidad obstétrica como ser:

*Complicaciones obstétricas y perinatales en adolescentes atendidas en el  
HEODRA*

infecciones urinarias, pre-eclampsia y eclampsia, tasa de cesáreas (salvo < 15 años). Los RCIU y PEG llegan a los 15-18%, superiores a las mujeres adultas. (1)

En estudios de seguimiento, se comprobó relación entre mayor frecuencia de patologías de salud mental y disfuncionabilidad familiar, abandono de pareja y voluntariedad del embarazo, pobreza en la capacidad de expresión, manejo e interpretación de los sentimientos de afectividad. El abandono, en cualquiera de sus formas, lleva a la pérdida de la autoestima a límites de peligrosidad, dificultando la comunicación con la adolescente (especialmente durante el embarazo). (1)

## *Complicaciones obstétricas y perinatales en adolescentes atendidas en el*

*HEODRA*

### **MATERIAL Y MÉTODO**

**Tipo de estudio:** se realizó un estudio de Corte Transversal.

**Área de estudio:** el área del estudio fue el departamento de Ginecología y obstetricia del Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales Argüello, ubicado en la ciudad de León, donde se atienden aproximadamente 6000 nacimientos por año.

**Población de estudio:** Del total de mujeres cuyo parto (vaginal o abdominal) fue atendido en el Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales Argüello del 15 de Junio al 15 de Septiembre de 2007, se procedió a seleccionar una muestra (población de estudio) utilizando el programa Epiinfo 2000, fórmula de cálculo de muestra para estudios de Corte Transversal de la siguiente manera:

Incomparable de cohortes y de Estudios Transversales (expuestos y no expuestos) Tamaño de la muestra de 10,00% de la enfermedad en el grupo no expuesto								
Conf.	Poder	no Exp:	Exp	Enfermedad en exposición	Cociente de riesgo	Cociente de proba.	Tamaño de la muestra	
							No exp.	Expuesto Total
95.00 %	80.00 %	1:1		19.50 %	1.95	2.18	238	238 473

**Fuente de información:** secundaria. Del libro de registro de la sala de labor y partos, se extrajo el listado de nacimientos y su número de expediente, posteriormente una vez calculado el tamaño de muestra se seleccionaron las pacientes de manera aleatoria del listado de nacimientos y se procedió a la revisión del expediente clínico de cada paciente.

**Procedimiento de recolección de datos:** la información fue recolectada en una ficha individual. Las variables registradas fueron los parámetros del control prenatal, eventos obstétricos, complicaciones de la madre y el recién nacido, peso al nacer y defunciones fetales (Ficha en anexos).

*Complicaciones obstétricas y perinatales en adolescentes atendidas en el  
HEODRA*

**Variable que determinó el resultado (variable de “exposición”):** Edad al momento de iniciar el embarazo.

**Variables de resultado:** edad gestacional al parto, presentación, episiotomía, desgarro, placenta completa, peso al nacer el bebé, total de consultas prenatal, patologías presente durante el periodo prenatal y perinatal.

**Plan de análisis:**

Se hizo un descriptivo de todas las variables. Para datos categóricos la descripción fue hecha por medio de frecuencias relativas (distribución porcentual de las observaciones dentro de las categorías de la variable), en el caso de variables continuas, se presentaron medidas de tendencia central (media) y de dispersión (desviación estándar). Para determinar la asociación de las variables se utilizó la prueba de  $X^2$  e intervalo de confianza. La captura y el procesamiento y análisis de los datos fue hecha con el paquete estadístico SPSS 12.0 para Windows.

**Consideraciones éticas:**

Se envió una carta a la dirección del hospital con el fin de solicitar permiso para la revisión de los expedientes, además se explicó en esta carta los beneficios que este estudio generará a la población.

Los datos fueron utilizados únicamente para los objetivos planteados en la investigación y los resultados son presentados como grupo. En ningún caso se suministró información individual o para fines diferentes a los planteados en este protocolo.

Los resultados serán retroalimentados al Departamento de ginecología y obstetricia para su buen uso en términos de toma de decisión.

*Complicaciones obstétricas y perinatales en adolescentes atendidas en el  
HEODRA*

**Operacionalización de las variables**

<b>Variable</b>	<b>Definición</b>	<b>Parámetros</b>
Adolescencia	Período de transición de la niñez a la adultez (10 a 19 años)	-----
Antecedentes familiares patológicos	Presencia de patologías de los parentescos de la paciente.	TBC pulmonar Diabetes Hipertensión Pre-eclampsia Eclampsia Otros
Antecedentes personales patológicos	Historia de enfermedades presentes en la paciente antes del embarazo	TBC pulmonar Diabetes Hipertensión Pre-eclampsia Eclampsia Cirugía tracto Reproductivo VIH Cardiopatía Nefropatía Otros
Antecedentes obstétricos	Historia previa de la paciente relacionado a gestación, parto y puerperio.	gestas previas abortos partos vaginales cesárea nacidos vivos nacidos muertos
Fracaso de método anticonceptivo	Ineficacia de la planificación familiar	No usaba Barrera DUI Píldora Inyección Quirúrgico Natural.
Patologías durante el embarazo	Enfermedades que presento durante el periodo gestacional	Anemia HTA gestacional IVU Diabetes gestacional Amenaza de parto pre-término
Edad gestacional al parto	Total del número de semanas gestacionales hasta su terminación	-----

*Complicaciones obstétricas y perinatales en adolescentes atendidas en el  
HEODRA*

<b>Variable</b>	<b>Definición</b>	<b>Parámetros</b>
Presentación	Parte del feto que toma contacto con el estrecho superior de la pelvis materna	Cefálico Pélvico
Episiotomía	Incisión quirúrgica en la vulva que se practica en ciertos partos para facilitar la salida del feto y evitar desgarros en el periné.	Si No
Desgarro	Rotura de las áreas del periné.	Si No
Placenta completa	Placenta íntegra	Si No
Peso para edad gestacional	Relación entre la edad gestacional al nacer y el peso del bebé.	Adecuado Pequeño Grande
APGAR	Valoración de la vitalidad del bebé durante el primer minuto y al quinto minuto.	-----

*Complicaciones obstétricas y perinatales en adolescentes atendidas en el*  
**HEODRA**  
**RESULTADOS**

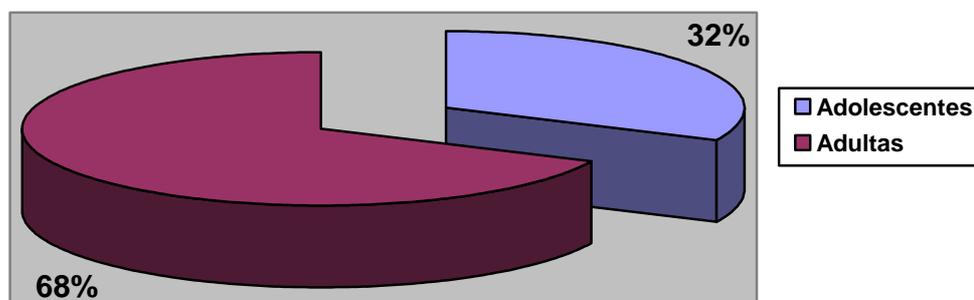
Durante el período de estudio se atendieron en el HEODRA un total de 1305 nacimientos, de estos 473 (36%) fueron incluidos al estudio.

**DATOS SOCIODEMOGRAFICOS**

La prevalencia de embarazo en adolescentes fue de 32% (Gráfico 1).

**Gráfico 1**

Distribución por grupos de edad de las pacientes estudiadas. HEODRA León, 15 de Julio al 15 de Octubre de 2007.



Fuente de información: Expedientes clínicos

En cuanto al estado civil la mayoría de embarazadas estaban casadas o en concubinato (adolescentes 75%, adultas 86%). La media de los años de escolaridad fue también similar entre adolescentes y adultas ( $3.61 \pm 1.7$  y  $3.54 \pm 1.8$ , respectivamente) (**Gráfico 1, Tablas 1 y 2**)

**Tabla 1.** Estado civil de las embarazadas atendidas en el HEODRA, 15 de Junio a 15 de Septiembre de 2007.

Estado civil.	Adolescentes.		Adultas.	
	n=150	%	n=323	%
Soltera.	38	25	46	14
Separada/Divorciada	0	0	1	0.3
Casada/en concubinato	112	75	276	85.7

Fuente de información: expedientes clínicos

*Complicaciones obstétricas y perinatales en adolescentes atendidas en el  
HEODRA*

**Tabla 2.** Escolaridad de la población de estudio. HEODRA, 15 de Junio al 15 de Septiembre de 2007.

<b>Años de Escolaridad</b>	<b>Mínima</b>	<b>Máxima</b>	<b>Media <math>\pm</math> SD</b>
Adolescentes	0	6	3.61 $\pm$ 1.7
Adultas	0	9	3.54 $\pm$ 1.8

Fuente de información: expedientes clínicos.

### **ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS**

En relación a las gestaciones previas, el 27% de las adolescentes y el 76% de las adultas tenían antecedentes de embarazos. En cuanto al número de nacimientos previos la media en las adolescentes fue de 0.29 $\pm$ 0.52 y en las adultas de 1.61 $\pm$ 1.6. (Tabla 3)

La media de embarazos incluyendo el actual fue de 1.31 $\pm$ 0.53 en las adolescentes, en comparación con la media en adultas de 2.63 $\pm$ 1.6.

**Tabla 3.** Valor mínimo, máximo, media y desviación estándar de embarazos anteriores incluyendo el actual y nacimientos previos excluyendo el actual. HEODRA León, 15 de Junio al 15 de Septiembre de 2007.

<b>Nº de embarazos incluyendo el actual</b>	<b>Mínimo.</b>	<b>Máximo.</b>	<b>Media <math>\pm</math> SD</b>
Adolescentes.	1	3	1.31 $\pm$ 0.53
Adultas.	1	12	2.63 $\pm$ 1.60
<b>Nº de nacimientos previos excluyendo el actual</b>			
Adolescentes.	0	2	0.29 $\pm$ 0.52
Adultas.	0	11	1.61 $\pm$ 1.60

Fuente de Información: expedientes clínicos.

*Complicaciones obstétricas y perinatales en adolescentes atendidas en el  
HEODRA*

Del total de adolescentes que tenían antecedente de embarazo, el 17% había tenido cesárea en comparación al 15% en las adultas. En relación al antecedente de aborto como resultado del embarazo anterior, se encontró en el 15% de las adolescentes en comparación al 7% de las adultas (Tabla 4).

**Tabla 4.** Resultados de embarazos anteriores y vía del último parto. HEODRA León, 15 de Junio al 15 de Septiembre de 2007.

Resultado del embarazo previo	Adolescentes		Adultas	
	N =41	%	n =244	%
Aborto	6	15	17	7
Muerte neonatal.	0	0	1	0.3
Muerte fetal	1	2	2	0.7
Neonato vivo al alta	34	83	224	92
Sin embarazo previo	109	---	79	---
<b>Cesárea en el último embarazo</b>				
Si.	7	17	36	15
No.	41	83	244	85

Fuente de información: expedientes clínicos

**EMBARAZO ACTUAL**

El total de consultas prenatales tuvo una media de  $4.37 \pm 2.3$  en las adolescentes y de  $4.49 \pm 2.3$  en las adultas. En cuanto al número de consultas prenatales, el 53% de las adolescentes y el 57% de las adultas tenían control prenatal incompleto.

Las complicaciones obstétricas y perinatales que resultaron ser estadísticamente diferentes fueron, la rotura prematura de membranas condición que se asoció a las adolescentes ( $p < 0.05$ ) y la hipertensión gestacional que se asoció a las embarazadas adultas ( $p < 0.05$ ) (Tabla 5).

*Complicaciones obstétricas y perinatales en adolescentes atendidas en el  
HEODRA*

**Tabla 5.** Patologías pre-natales y peri-natales del embarazo actual.  
HEODRA León, 15 de Junio al 15 de Septiembre de 2007.

Complicaciones obstétricas	Adolescentes		Adultas		p
	n =150	%	n = 323	%	
Rotura prematura de membranas	24	16	33	10.2	0.04*
Hipertensión gestacional	7	5	34	10.5	0.02*
HTA. Crónica	0	0	2	0.6	0.4
Pre-eclampsia	3	2	7	2.1	0.6
Eclampsia	2	1.3	0	0	0.1
Enf. Cardiacas/renales	4	2.6	0	0	0.10
Insuficiencia respiratoria crónica	0	0	1	0.3	0.6
Altura uterina < para edad gestacional	6	4	14	4.3	0.5
Anemia severa	1	0.6	2	0.6	0.6
Sangrado vaginal	1	0.6	0	0	0.3
Infección de vías urinarias	1	0.6	1	0.3	0.5
Enfermedad genital ulcerosa	0	0	1	0.3	0.6
Condiloma acuminata	4	2.6	6	1.8	0.3
Sin complicaciones	74	49.8	146	45.4	----

\* Estadísticamente significativo (\* condición asociada a la adolescente / \* condición asociado a la adulta)

Fuente de información: expedientes clínicos.

*Complicaciones obstétricas y perinatales en adolescentes atendidas en el  
HEODRA*

**TRABAJO DE PARTO Y PARTO**

El comienzo del trabajo de parto, requirió de inducción en el 45% de las adolescentes, se dio de manera espontánea en 55% de las adolescentes y en las adultas el 56% se tuvo que inducir. La diferencia entre adolescentes y adultas resultó ser estadísticamente significativo ( $p=0.02$ ) (Tabla 6).

**Tabla 6.** Modo de inicio de la labor de parto en el embarazo índice. HEODRA León, 15 de Junio al 15 de Septiembre de 2007.

Comienzo del trabajo de parto	Adolescentes		Adultas		p
	n=150	%	n=323	%	
Espontáneo	82	55	142	44	0.02*
Inducido	68	45	181	56	

- Estadísticamente significativo. \* Condición asociada a las pacientes adultas.

Fuente de información: expedientes clínicos.

**RESULTADO MATERNO.**

En cuanto al uso de tratamiento antibiótico en el 91% de las adolescentes se utilizó. En cuanto al momento de utilización, en el 50% se usó durante el embarazo ( $p= 0.03$ ) y en el 45% durante o inmediatamente después del parto (Tablas 7). Su uso como profilaxis previa a la cesárea fue significativamente más frecuente entre embarazadas adultas ( $p < 0.05$ ).

*Complicaciones obstétricas y perinatales en adolescentes atendidas en el  
HEODRA*

**Tabla Nº 7** Utilización de medicamentos antibióticos durante el embarazo e indicaciones. HEODRA, León 25 de Junio al 15 de Septiembre de 2007.

Variable	Escala	Adolescentes		Adultas		p
		n = 150	%	n = 323	%	
Uso de tratamiento antibiótico	Si	137	91	278	86	0.06
	No	13	9	45	14	
Momento de indicación del antibiótico	Adolescentes		Adultas		p	
	n=150	%	n=323	%		
Durante el embarazo		69	50	169	60.7	0.03*
Ingreso en trabajo de parto		0	0	2	0.7	0.4
Durante o inmediatamente después del parto		62	45.2	103	37.0	0.06
Profilaxis antes de la cesárea		1	0.7	13	4.6	0.02*
Inmediatamente después de la cesárea		54	39.4	109	39.2	0.5

\* Estadísticamente significativo. (\*condición asociada a la adolescente / \*condición asociado a la adulta)

Fuente de información: expedientes clínicos.

### **DATOS NEONATALES**

Según la edad gestacional, el 91% de las adolescentes y el 93% de las adultas tuvieron recién nacidos a término. La presentación fetal al momento del nacimiento fue principalmente cefálica en adolescentes (99.3%) y adultas (98.8%). El modo de terminación del parto fue en su mayoría espontáneo en ambas, adolescentes (55.5%) y adultas (58.2%). En el 100% de las adolescentes y el 99% de las adultas el estado del RN al nacer fue vivo. Sólo hubo 4 niños que nacieron con malformaciones congénitas, todos hijos de madres adultas. El estado del RN al alta fue vivo y sano en 97.3% de las adolescentes y 98.4% en las adultas (Tabla 8).

*Complicaciones obstétricas y perinatales en adolescentes atendidas en el  
HEODRA*

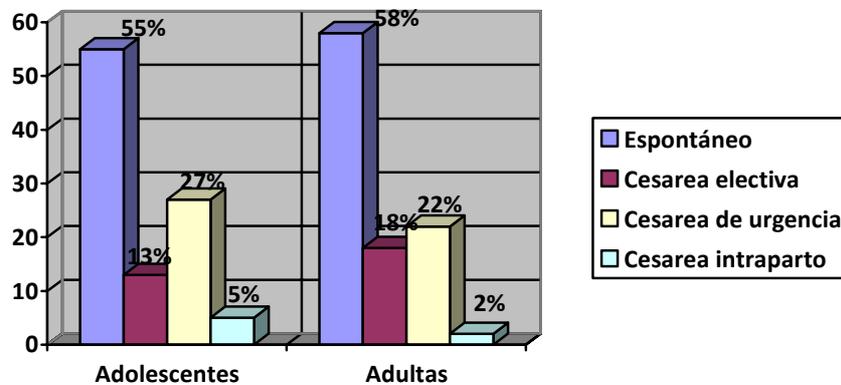
**Tabla 8** Características perinatales de los recién nacidos. HEODRA León, 15 de Junio al 15 de Septiembre de 2007.

Edad gestacional	Adolescentes.		Adultas.		p
	n=150	%	n=323	%	
Pre-término.	12	8	19	5.8	0.64
A término.	137	91.3	301	93.1	
Pos-término.	1	0.7	3	1.1	
<b>Presentación fetal al nacimiento</b>					
Cefálico	149	99.3	319	98.8	0.42
Podálico	1	1.7	1	0.3	
Otras	0	0	3	0.9	
<b>Estado al nacer</b>					
Vivo	150	100	320	99	0.49
Feto muerto reciente	0	0	2	0.6	
Feto muerto macerado	0	0	1	0.4	
<b>Malformaciones congénitas</b>					
Si.	0	0	4	1.5	0.2
No.	150	100	319	98.5	
<b>Estado del RN al alta</b>					
Vivo y sano	146	97.3	318	98.4	0.3
Vivo pero referido a un nivel superior	1	0.7	0	0	
Muerto posterior a las 24hrs de nacido	3	2	2	0.7	

Fuente de información: expedientes clínicos.

*Complicaciones obstétricas y perinatales en adolescentes atendidas en el  
HEODRA*

**Grafico 2.** Vía de parto. HEODRA León 15 de Junio a 15 de Septiembre de 2007



Fuente de información: expedientes clínicos.

La media del peso en gramos de los recién nacidos fue de  $3031.1 \pm 411.0$  en las adolescentes y de  $3135.02 \pm 557.4$  en las adultas. El 8% del total de recién nacidos tuvieron bajo peso al nacer (9% en adultas y 5% en adolescentes).

*Complicaciones obstétricas y perinatales en adolescentes atendidas en el  
HEODRA*

## **ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS**

Al realizar el estudio estadístico de los resultados obtenidos, observamos que 1/3 de los nacimientos se dieron en adolescentes, lo que concuerda con datos encontrados en otros estudios<sup>1</sup> sobre la alta incidencia de embarazos en adolescentes, que en su mayoría eran primigéatas.

A como se espera, las adolescentes tuvieron menor cantidad de embarazos previos y por consiguiente menos antecedente de cesáreas, lo que se explica por la menor oportunidad reproductiva por su edad. Con respecto a la realización del procedimiento en el parto actual, fue mayor el porcentaje de cesáreas entre adolescentes.

Se encontró también que la mayor parte de complicaciones obstétricas no presentó diferencia significativa entre adolescentes y adultas, las cuales la más significativa para este estudio fue la rotura prematura de membranas que se dio más en el grupo de las adolescentes al igual como lo menciona un estudio comparativo de la universidad de Viena, este mismo cita que la hipertensión gestacional ocurre con mayor frecuencia en las adolescentes, caso contrario como sucedió en este estudio que se presentó con mayor frecuencia en las adultas.

Otro dato que diferenció los grupos fue el comienzo del trabajo de parto el cual en las adolescentes predominó el espontáneo y en cambio en las adultas predominó el inducido, resultados que concuerdan con otras literaturas<sup>6,8,10</sup> que mencionan que el trabajo de parto en las adolescentes transcurre sin muchas eventualidades.

En cuanto al uso de antibióticos también se encontró un dato importante ya que fue mayor su uso en las adolescentes y principalmente durante el embarazo, lo cual hace pensar que en ellas se dieron más episodios infecciosos; en la revisión bibliográfica no se encontró literatura que reflejara este dato.

*Complicaciones obstétricas y perinatales en adolescentes atendidas en el  
HEODRA*

El porcentaje total de muertes neonatales no tuvo mucha variación entre ambos grupos, cabe destacar que al momento del nacimiento en las adolescentes no hubo muerte neonatal, a como esta descrito en otros estudios<sup>10</sup>. Respecto a las malformaciones congénitas no se presentaron casos en las adolescentes, en cambio en las adultas hubo cuatro casos de estas patologías.

Debido a la heterogeneidad de las pacientes (embarazadas sanas y pacientes de riesgo) y a la atención por parte de médicos diferentes no fue posible hacer entre los dos grupos una comparación retrospectiva del estado de la embarazada al momento en que se somete a su primera revisión hasta el momento del parto.

*Complicaciones obstétricas y perinatales en adolescentes atendidas en el*  
*HEODRA*

**CONCLUSIONES**

No hubo diferencia significativa entre adolescentes y adultas en relación al estado civil y al nivel de escolaridad.

La rotura prematura de membranas se observó con mucho más frecuencia entre las adolescentes, dato que fue estadísticamente significativo. De igual manera entre las adultas se presentó de manera significativa mayor número de casos de hipertensión gestacional.

En relación al resto de complicaciones obstétricas o perinatales, no se observó diferencias significativas entre adolescentes y adultas.

En la población estudiada y en el periodo de tiempo de nuestra investigación, la edad de la embarazada no constituyó un factor de riesgo para la presencia de complicaciones obstétricas o perinatales.

*Complicaciones obstétricas y perinatales en adolescentes atendidas en el  
HEODRA*

**RECOMENDACIONES.**

Dado los resultados obtenidos, sería importante impulsar otros trabajos investigativos sobre este tema con una población de estudio mayor. Por sobre todo, que esos estudios profundicen en las determinantes bio-psicosociales de los grupos estudiados como factor relevante en la prevalencia de patologías relacionadas al embarazo, acorde con lo publicado por múltiples estudios internacionales.

Es necesario plantear la posibilidad de desarrollar estudios en el grupo de mayor riesgo de adolescentes embarazadas, las menores de 16 años, adoptar políticas de salud destinadas a la prevención del embarazo en adolescentes y medidas con tendencia a mejorar la calidad de atención en salud.

*Complicaciones obstétricas y perinatales en adolescentes atendidas en el*

*HEODRA*

**BIBLIOGRAFÍA**

1. Díaz A, Sanhueza R, Yaksic N. Riesgos obstétricos en el embarazo adolescente, estudio comparativo de resultados obstétricos y perinatales con pacientes embarazadas adulta. *Rev chil obstet ginecol* 2002; **67**(6): 481-487.
2. Pelaez J: Adolescente embarazada: Características y riesgos. Comentarios al trabajo de Angel Maida y cols. *Rev Sogia* 1996.
3. Molina R: Adolescencia y embarazo. Capítulo 14. Pérez-Sánchez: Obstetricia. 2ª ed. Santiago, Chile: Ediciones Técnicas Mediterraneo Ltda, 1992
4. MINSA-Nicaragua. Dirección primer nivel de atención "Estrategias y lineamientos básicos para la prevención del embarazo en la adolescencia" abril 2003.
5. U.S. Teenage Pregnancy Statistics:Overall Trends, Trends by Race and Ethnicity and State-by-State Information. New York, NY: The Alan Guttmacher Institute; 2004
6. Issler J. "Embarazo en la adolescencia" *Revista de Posgrado de la Cátedra Via Medicina* N° 107 - Agosto/2001 Página: 11-23
7. Cruz V. "Conocimiento sobre los factores de riesgo de las embarazadas adolescentes del Barrio Teodoro López IV trimestre 2004" Ocotol 30/jul/04
8. Rivera S. "Embarazo en adolescentes, aspectos de tipo social, psicológico y cultural" 2003.
9. Cerezo-Estrada W. Coord. Prog. Salud Sexual y Reproductiva Autor. Embarazo en adolescentes.

*Complicaciones obstétricas y perinatales en adolescentes atendidas en el  
HEODRA*

10. López J, Lugones M. "Aspectos psicosociales del embarazo en la adolescencia" *Rev Cubana Med Gen Integr*, **21** (3-4) Ciudad de La Habana may.-ago. 2005
11. Stern C. "El embarazo en la adolescencia como problema público: una visión crítica". *Salud pública méx*, **39** (2) Cuernavaca mar./abr. 1997
12. GERENDAS, M.; SILEO, E. Embarazo en la adolescencia. Factores de riesgo y cadena de prevención. Caracas. Comisión Femenina Asesora de la Presidencia de la República. (1992).

*Complicaciones obstétricas y perinatales en adolescentes atendidas en el  
HEODRA*

# ANEXOS

*Complicaciones obstétricas y perinatales en adolescentes atendidas en el  
HEODRA*

Ficha de recolección de datos

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA

UNAN León

**Datos generales de la paciente**

Edad:

Numero de años de estudio:

Estado civil: casada/concubinato\_\_\_\_ soltera\_\_\_\_ separada/divorciada\_\_\_\_

**Antecedentes obstétricos:**

Numero de embarazos incluyendo el actual: \_\_\_\_\_

Numero de nacimientos previos: \_\_\_\_\_

Resultado del embarazo previo:

Aborto: \_\_\_\_ Muerte neonatal: \_\_\_\_ Muerte fetal: \_\_\_\_ neonato vivo al alta: \_\_\_\_

Cesárea en el último embarazo: si\_\_\_\_ no\_\_\_\_

**Información prenatal**

Total de consultas prenatales:

**Embarazo actual**

Patologías durante el embarazo o trabajo de parto:

Anemia si\_\_\_\_ no\_\_\_\_ sin dato\_\_\_\_

HTA gestacional si\_\_\_\_ no\_\_\_\_ sin dato\_\_\_\_

HTA crónica si\_\_\_\_ no\_\_\_\_ sin dato\_\_\_\_

IVU si\_\_\_\_ no\_\_\_\_ sin dato\_\_\_\_

Diabetes gestacional si\_\_\_\_ no\_\_\_\_ sin dato\_\_\_\_

Amenaza de parto pre-término: si\_\_\_\_ no\_\_\_\_ sin dato\_\_\_\_

R.C.I.U si\_\_\_\_ no\_\_\_\_ sin dato\_\_\_\_

Rotura prematura de membranas si\_\_\_\_ no\_\_\_\_ sin dato\_\_\_\_

Desproporción cefalo-pélvica si\_\_\_\_ no\_\_\_\_ sin dato\_\_\_\_

Trabajo de parto prolongado: si\_\_ no\_\_ sin datos\_\_

*Complicaciones obstétricas y perinatales en adolescentes atendidas en el*  
*HEODRA*

Sufrimiento fetal Agudo: si\_\_ no\_\_ si datos\_\_

Otros: si\_\_\_\_ no\_\_\_\_ sin dato\_\_\_\_

**Trabajo de parto y parto**

Comienzo del trabajo de parto: espontáneo\_\_\_\_ inducido\_\_\_\_

Edad gestacional al parto: \_\_\_\_

Presentación: cefálico\_\_\_\_ pélvico\_\_\_\_

Modo de terminación del parto:

Espontáneo\_\_ Cesárea electiva\_\_ Cesárea de urgencia\_\_ Cesárea  
intraparto\_\_

Desgarro: si\_\_\_\_ no\_\_\_\_ sin dato\_\_\_\_

**Resultado neonatal:**

Estado al nacer: vivo\_\_ feto muerto reciente: \_\_\_\_ feto muerto macerado: \_\_\_\_

Peso al nacer: \_\_\_\_\_gr

Malformación congénita: si\_\_ no\_\_ sin datos\_\_

Estado del recién nacido al alta:

Vivo y sano\_\_ Vivo pero referido\_\_ Muerto dentro de las primeras 24hrs\_\_

Muerto después de 24hrs de nacimiento\_\_