

Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología

versión On-line ISSN 1561-3062

Rev Cubana Obstet Ginecol v.30 n.2 Ciudad de la Habana Mayo-ago. 2004

Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana
Facultad "Julio Trigo López". Hospital "Julio Trigo López"

Caracterización de la gestante adolescente

[Dra. Liliam Susana Fernández,¹ Dr. Eugenio Carro Puig,² Dra. Dalia Osés Ferrera³ y Dra. Julia Pérez Piñero⁴](#)

Resumen

El objetivo de este trabajo fue identificar algunas características demográficas y condiciones obstétricas de la madre adolescente en el hospital materno infantil docente "Julio Trigo López". Para lograrlo se realizó un estudio descriptivo de corte transversal que abarcó el período comprendido desde el mes de junio hasta diciembre del año 2001. El universo de estudio se conformó por todos los productos de embarazos de madres adolescentes de menos de 20 años de edad con independencia del peso del mismo o la edad gestacional al momento del nacimiento, que cumplieran con la definición de "nacido vivo". Durante el período de estudio ocurrieron un total de 1 675 nacimientos vivos de los cuales 206 (12,3 %) fueron de madres adolescentes. El 45 % de ellas eran menores de 18 años. La edad promedio fue de 17, 5 años, la edad menor fue de 13 y la mayor de 19 años. La frecuencia de solteras y acompañadas, y la captación intermedia o tardía, fue significativamente superior en las adolescentes menores de 18 años que mostraron otros factores desfavorables para una evolución perinatal adecuada; más de la cuarta parte de las mismas tenían al menos un aborto provocado. La frecuencia de bajo peso al inicio de la gestación (incluyendo desnutridas) fue muy similar a la del peso normal y se encontró que el 40 % de los partos fueron por cesárea. El 83% de los recién nacidos tuvo un tiempo de gestación entre 37 y 41 semanas, y en el 88 % el peso del recién nacido fue mayor de 2 500 gramos. Los resultados alcanzados permiten confirmar que mientras más joven es la madre adolescente son mayores los factores de riesgo capaces de influir en el recién nacido.

Palabras clave: Embarazo, adolescencia.

La adolescencia fue considerada por un largo tiempo sólo como un tránsito entre la niñez y la adultez sin que se le dedicara mayor preocupación. En la actualidad, el criterio predominante es que la adolescencia constituye un período de la vida donde ocurren una serie de cambios con rapidez vertiginosa, que se reflejan en la esfera anatomofisiológica, social y cultural.¹

En esta etapa se abre a los jóvenes un ancho campo de descubrimientos y a la vez de confusión, aparecen intereses y sentimientos nunca antes experimentados que llevan al adolescente a enfrentar conflictos para los cuales no está preparado. Uno de estos conflictos está en la esfera sexual, con el riesgo para las muchachas, tanto por la inmadurez como por la poca información recibida, de la aparición de un embarazo.¹

El embarazo a cualquier edad constituye un hecho biosicosocial muy importante, pero aún más durante la adolescencia, momento de la vida que conlleva a una serie de situaciones que pueden atentar contra la salud de la madre y del hijo, además de las complicaciones futuras que puede generar.²⁻⁴

Se estima que anualmente, 5 de cada 100 adolescentes se convierten en madres lo que equivale aproximadamente a 22,5 millones de niños nacidos en estas circunstancias por año. La gran mayoría de estos nacimientos ocurren en países no desarrollados, por ejemplo, en América Latina la cifra está en el orden de los 3 millones aproximadamente de nacimientos en madres adolescentes. ¹ En Cuba el 8 % de la población es menor de 20 años y el riesgo de tener hijos con peso al nacer inferior a los 2 500 g es casi 2 veces superior para estas madres en comparación con las de más edad. ⁴

En las madres adolescentes el embarazo tiene mayores riesgos maternos y perinatales cuanto mayor es la cercanía a la menarquía.⁵

De forma global en la morbilidad de la gestante adolescente, se destacan el aborto, la anemia, las infecciones urinarias, (incluida la bacteriuria asintomática) los cuadros hipertensivos, las hemorragias asociadas con afecciones placentarias, la escasa ganancia de peso con malnutrición materna asociada, los síntomas de parto prematuro (contractilidad anormal) y la rotura prematura de las membranas ovulares.^{4, 5}

En el parto los problemas más frecuentes son las alteraciones en la presentación y en la posición del feto, que implica un mayor peligro de parto traumático para el feto. En relación con el producto se destaca el bajo peso al nacer (BPN), tanto por nacimiento pretérmino como por recién nacido bajo peso para la edad gestacional. ⁵

Aún en los países que cuentan con suficientes recursos de salud para ofrecer a mujeres de todas las edades niveles adecuados de atención prenatal y durante el parto, es imposible reducir la mayoría de los efectos adversos relacionados con el proceso gestacional en las adolescentes embarazadas.

Por la importancia del tema, los autores se propusieron identificar algunas características demográficas y condiciones obstétricas de la madre adolescente en el hospital materno infantil docente "Julio Trigo López".

Métodos

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal que abarcó el período comprendido desde el mes de junio hasta diciembre del año 2001. El universo de estudio se conformó por todos los productos de embarazos de madres adolescentes de menos de 20 años de edad con independencia del peso del mismo o la edad gestacional al momento del nacimiento, que cumplieran con la definición de "nacido vivo".

Se agrupó la edad materna al momento de la captación en 2 categorías; menores de 18 años y 18 años y más con el propósito de comparar diferentes variables medidas. Se obtuvo la distribución de las siguientes variables comparándolas en tablas de contingencia con la edad agrupada:

- Estado civil de la madre.
- Momento de la captación.
- Antecedentes obstétricos (abortos espontáneos o provocados, partos y defunciones perinatales anteriores).
- Valoración nutricional materna al inicio de la gestación según el Índice de masa corporal (peso en Kg/ talla²) (bajo peso < 18,7, normopeso entre 18,7 - 23,6, sobrepeso entre 23,6 - 26,5 y obesa \geq 26,5).
- Tipo de parto (eutócico, instrumentado, cesárea).
- Tiempo de gestación al momento del parto en semanas completas.
- Peso del recién nacido (RN) .

Para evaluar la hipótesis de independencia entre las variables comparadas se utilizó la prueba estadística Chi-cuadrado con un nivel de significación crítica de $\alpha = 0,05$; cuando la probabilidad (p) de encontrar los valores observados (resumidos en las tablas de contingencia) fue igual o menor que el valor crítico de 0,05, entonces se rechazó la hipótesis de independencia y se aceptó la existencia de asociación significativa entre las variables en juego, en otro caso, no se rechazó la hipótesis de independencia.⁶

Las fuentes de información utilizadas fueron: la tarjeta de embarazada, el libro de registro de partos, la historia clínica materna y del recién nacido, y la paciente. Los datos fueron recogidos en un formulario diseñado para tal efecto.

El procesamiento de hizo automático a partir de una base de datos creada al efecto.

Se obtuvieron medidas de tendencia central y dispersión para las variables cuantitativas y para las cualitativas, los porcentajes. En el análisis se utilizaron razones e índices con el fin de resaltar datos importantes y diferencias. Los resultados se presentan en tablas y gráficos adecuados al tipo de variable que se representa.

Resultados

Durante el período de estudio ocurrieron un total de 1 675 nacimientos vivos de los cuales 1 469 fueron de madres con 20 años o más y 206 de madres adolescentes, 12,3 %. El 55,3 % eran mayores de 18 años y en el 45 % restante las edades fueron inferiores. La edad promedio fue de 17, 5 años.

En la tabla 1 se aprecia que en ambos grupos de madres, las menores de 18 y las de 18 años o más, predominó el estado civil acompañada, el porcentaje de casadas es mayor en las de 18 años o más y el de solteras es superior en las de menos de 18 años diferencias que resultaron significativas ($p < 0,05$) lo que demuestra asociación entre ambas variables.

Tabla 1. *Estado civil y edad de la madre*

| Estadocivil | Edad de la madre (años) | | | |
|-------------|-------------------------|-------|------|-------|
| | < 18 | | ≥ 18 | |
| | No. | % | No. | % |
| Casada | 3 | 3,3 | 20 | 17,5 |
| Soltera | 20 | 21,7 | 19 | 16,7 |
| Acompañada | 69 | 75,0 | 75 | 65,8 |
| Total | 92 | 100,0 | 114 | 100,0 |

$$X^2 = 10,61 \quad gl = 2 \quad p = 0,049$$

La edad de abuela materna del RN al momento de tener su primer hijo fue como promedio de 18, 4 años oscilando en general entre 14 y 22 años. Al relacionar la edad de las mismas (agrupada) con la edad materna (tabla 2) se confirmó una asociación significativa ($p < 0,05$) entre ambas variables, casi las tres cuartas partes de las gestantes con menos de 18 años, tenían antecedente de paridad precoz en sus respectivas madres, es decir, las abuelas maternas de los RN, en cambio, no sucedió así en las gestantes del segundo grupo en las cuales ocurrió este hecho sólo en la mitad aproximadamente de los casos.

Tabla 2. *Edad de la abuela al tener el primer hijo y edad materna*

| Edad de la abuela(años) | Edad de la madre (años) | | | |
|-------------------------|-------------------------|-------|------|-------|
| | < 18 | | ≥ 18 | |
| | No. | % | No. | % |
| < 19 | 66 | 71,7 | 67 | 58,8 |
| ≥ 19 | 26 | 28,3 | 47 | 41,2 |
| Total | 92 | 100,0 | 114 | 100,0 |

$$X^2 = 3,74 \quad gl = 1 \quad p = 0,053$$

En esta muestra de gestantes adolescentes se encontró que el 57,3% tuvieron una captación precoz, en el 38% intermedia y en un 5% fue tardía. Las diferencias entre los grupos de edad fueron significativas ($p < 0,05$). Se observó que mientras las de 18 años o más en su mayor parte fueron captadas precozmente y un 28,1 % en etapa intermedia, en las de menos de 18, la mitad exactamente fue captación intermedia y un 7,6 % tardía (tabla 3).

Tabla 3. *Momento de la captación y edad materna*

| Momento de la captación | Edad de la madre (años) | | | |
|-------------------------|-------------------------|------|------|------|
| | < 18 | | ≥ 18 | |
| | No. | % | No. | % |
| Precoz | 39 | 42,4 | 79 | 69,3 |

| | | | | |
|------------|----|-------|-----|-------|
| Intermedia | 46 | 50,0 | 32 | 28,1 |
| Tardia | 7 | 7,6 | 3 | 2,0 |
| Total | 92 | 100,0 | 114 | 100,0 |

$$X^2 = 15,5 \quad gl = 2 \quad p = 0,004$$

No se encontraron diferencias significativas en cuanto a la historia obstétrica entre los grupos de comparación ($p > 0,05$), pero es de destacar que casi el 32 % de todas las madres refirieron al menos un aborto provocado, un 6,3% tenía abortos espontáneos, un 10,2 % partos anteriores y una madre del primer grupo (con 15 años) tenía el antecedente de una muerte fetal tardía (tabla 4).

Tabla 4. *Antecedentes obstétricos y edad materna*

| Antecedentes | Edad de la madre (años) | | | |
|-------------------|-------------------------|------|------|------|
| | < 18 | | ≥ 18 | |
| | No. | % | No. | % |
| Aborto espontáneo | 3 | 3,0 | 10 | 8,8 |
| Aborto provocado | 20 | 21,7 | 45 | 39,5 |
| Partos | 5 | 5,4 | 16 | 14,0 |
| Defunción fetal | 1 | 1,1 | - | - |

$$X^2 = 3,4 \quad gl = 3 \quad p = 0,3849$$

En la figura se observa que las madres adolescentes de este estudio fueron clasificadas en el momento de la captación: normopeso solamente en un 42 %, bajo peso en un 34 % y sobrepeso un 24 %, (solo hubo una obesa que se incluye en la clase de sobrepeso).

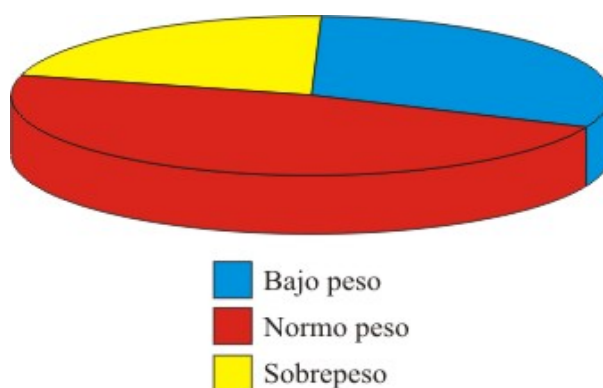


Fig. Valoración de la gestante adolescente en el momento de la captación.

El tipo de parto resultó asociado con la edad de la madre ($p < 0,05$). Se observó (tabla 5) que las adolescentes mayores (≥ 18 años) casi en un 67 % parieron fisiológicamente. Las menores de 18 años tuvieron un parto normal (53 %). Se encontró un índice de

cesárea bastante alto, en general (32 %) pero se destaca que este fue mayor (41 %) mientras menor fue la edad.

Tabla 5. *Tipo de parto y edad materna*

| Tipo de parto | Edad de la madre (años) | | | |
|---------------|-------------------------|-------|------|-------|
| | < 18 | | ≥ 18 | |
| | No. | % | No. | % |
| Eutócico | 49 | 53,3 | 76 | 66,7 |
| Instrumentado | 5 | 5,4 | 10 | 8,8 |
| Cesárea | 38 | 41,3 | 28 | 24,6 |
| Total | 92 | 100,0 | 114 | 100,0 |

$$\chi^2 = 60,74 \quad gl = 2 \quad p = 0,343$$

El motivo de la cesárea se presenta en la tabla 6, las causas más frecuentes fueron la enfermedad hipertensiva de la gestación, desproporción céfalo-pélvica (DCP) y sufrimiento fetal agudo (SFA). Otros diagnósticos registrados fueron la distocia de tránsito, alteraciones de la dinámica, crecimiento intrauterino retardado (CIUR), otras enfermedades maternas, embarazo gemelar, fracaso de inducción y cesárea anterior.

Tabla 6. *Recién nacidos por cesárea según indicación de la misma*

| Indicación | No. | % |
|-----------------------------------|-----|-------|
| Enfermedad hipertensiva gravídica | 17 | 25,8 |
| Desproporción céfalo-pélvica | 17 | 25,8 |
| Sufrimiento fetal agudo | 14 | 21,2 |
| Otros diagnósticos | 18 | 27,3 |
| Total | 66 | 100,0 |

El 83 % de los RN presentaron un tiempo de gestación entre 37 y 41 semanas, el peso promedio de ellos fue de 3 095 g y osciló en general entre 2 513 y 3 677 g. El peso menor fue de 1 350 g y el mayor de 4 450 g.

Discusión

Se estima que en la mayoría de los países de la región entre el 15-25 % de todos los nacimientos ocurren en adolescentes. 1 En una investigación realizada en la provincia Las Tunas, Cuba, en 5 consultorios del médico de la familia (CMF) la proporción fue de 46,7 % que resulta una cifra sumamente alta en comparación con la de este estudio (Pérez Queda R, Rosabal GF, Pérez GJL, Yabor PA). El bajo peso al nacer y embarazo en la adolescencia en 5 consultorios del médico de la familia). Según el anuario estadístico del MINSAP 2001, en Cuba la tasa de fecundidad por edades en las de menos de 20 años fue de 50,3 x 1 000 mujeres de la edad y el mismo indicador para todas las mujeres en edad fértil fue de 45,5 x 1 000. 7 Esta tasa es de 87 x 1 000 en los

países de Centro América y 75 x 1 000 en Sur América¹ lo que avala la influencia de los factores socio- culturales y económicos

La edad mínima de las madres adolescentes, que registran los países industrializados es de 14 ó 15 años, muy similar a la de este estudio, aproximadamente la mitad de las adolescentes tiene 18 o 19 años y el resto, 17 años o menos.^{8,9} Este es un factor desfavorable ya que se conoce que mientras más cercano a la menarquia es el embarazo, al no tener las condiciones físicas y psicológicas requeridas, existe mayor riesgo de complicaciones maternas y neonatales.⁵

Resulta esperado el resultado de la asociación del estado civil y la edad materna en las adolescentes ya que en estas edades hay una inmadurez biológica, psíquica y emocional no apropiada para mantener una relación de pareja estable, a esto se une que estas madres tienen un bajo nivel escolar y en muchos casos han abandonado la escuela, aunque existen comunidades donde su cultura promueve y apoya el matrimonio en edades tempranas, estas condiciones constituyen factores de riesgo asociados a la gestación precoz.^{1,2,8}

González Hdez ⁹ encuentra el 20,5 % de madres solteras, cifra muy similar a la de este estudio, sin embargo, tiene una proporción menor de acompañadas y una superior de casadas, en este punto hay que tener en cuenta que el dato puede ser alterado por la mujer que puede falsear la respuesta alegando tener algún vínculo estable de pareja cuando en realidad no lo tiene, actitud común de la adolescencia.¹⁰

Existen otros hechos acerca de la influencia cultural y familiar del patrón de primiparidad, sobre todo de las abuelas de los RN. Se encontró que al menos en la muestra estudiada esta asociación existió. En primer lugar la edad promedio de las abuelas al tener su primer hijo fue de 18 años. En segundo lugar, se encontró el 72 % de abuelas con primiparidad en edades menores de 19 años con hijas menores de 18 años embarazadas. *Lugones* ¹¹ reitera esta idea en una publicación basada en resultados de una consulta infanto juvenil.

El momento de la captación refleja la madurez materna para comenzar a enfrentar de manera sana el embarazo desde época muy temprana siendo deseable que la mujer sea captada antes de las 14 semanas, esta es una variable que refleja de manera indirecta cercana la aceptación del embarazo tanto por parte de la adolescente como de sus familiares. La repercusión social y económica así como la sobrecarga familiar que significa hacerle frente a esta situación, en muchos casos conlleva que la adolescente oculte su estado hasta momentos en los cuales ya se han producido a veces, consecuencias desfavorables para el binomio madre-hijo. Se ha demostrado que las complicaciones asociadas con la gestación en madre adolescente están más ligadas a la falta de atención médica en el momento preciso por captaciones fuera de tiempo o irresponsabilidades de otro tipo, que a factores de índole biológico.^{5,8}

El 90 % de las madres en este estudio eran primíparas, pero fue elevado el número de partos anteriores que tenían y entre ellas, las más jóvenes aunque otros autores han encontrado un porcentaje menor.¹² En cuanto a los abortos, los provocados aparecieron frecuentemente en todas las adolescentes y este es un antecedente muy desfavorable para los futuros embarazos. *Hdez Rdguez* ¹³ encontró sólo un 23 % de abortos

provocados y un 5 % de abortos espontáneos. Estas cifras reflejan la magnitud del problema, la utilización de los métodos anticonceptivos es aún insuficiente.

Para una mujer con peso normal antes del embarazo la ganancia de 8 a 15 kg parece ser lo más adecuado, pero en la gestante desnutrida, y en la adolescente que no ha completado su desarrollo el incremento debe ser mayor, lo cual en muchas ocasiones no se cumple porque no existe la cooperación necesaria por parte de la gestante y/o sus familiares. La desnutrición durante el embarazo, propician la utilización insuficiente de los nutrientes por el feto y afectan su desarrollo.¹⁴

Se conoce que en lo biológico los riesgos de las gestaciones en adolescentes están determinados por la inmadurez de las estructuras pélvicas y del sistema reproductor en general, por otro lado, ya en trabajo de parto otras circunstancias como la hipertensión gravídica o el SFA, también frecuentes en estas madres, dan lugar a que el tipo de parto con frecuencia sea distócico, por cesárea o instrumentado. *Vázquez Márquez* presenta resultados muy similares.^{15,16} *Pelaez* señala que algunos autores han identificado que en las adolescentes aumenta la frecuencia de partos distócicos, prolongados y las cesáreas, que las causas más frecuentes de las cesáreas en estas pacientes son precisamente la enfermedad hipertensiva, el SFA y la DCP, aspectos con los cuales coinciden los resultados de este trabajo.¹⁷

Varios autores muestran un índice de parto pretérmino muy similar al de este estudio, por ejemplo, *Pérez Queda* informa entre sus adolescentes un 11 % de partos antes de las 37 semanas de gestación, no hubo diferencia significativas entre las de menor y mayor edad dentro de las adolescentes. Este resultado está muy ligado al peso del RN y a su estado nutricional al momento del nacimiento según su sexo. En general, casi todos los autores coinciden en que el bajo peso y el "pequeño en peso para la edad gestacional" (PEG) son muy frecuentes en el producto de gestaciones en adolescentes y con mayor riesgo en la medida que la madre es más joven.⁹

Los resultados de este estudio así como los de otras publicaciones aquí citadas, confirman que mientras más joven es la madre adolescente son mayores los factores de riesgo capaces de influir en el RN e indican que la adolescencia con todas sus características constituye un problema del mundo actual al que debe dedicársele cada vez mayor atención para garantizar la salud integral de la población.

Summary

The aim of this paper was to identify some demographic characteristics and obstetric conditions of the adolescent mother at "Julio Trigo López" Maternal Children Hospital. A descriptive cross-sectional study was conducted from June to December, 2001. All the products of pregnancies of adolescent mothers under 20, independently of the weight or of the gestational age at the time of delivery, adjusting to the definition of "live birth" were included in the study. During the studied period there were a total of 1 675 live births, of whom 206 (12.3 %) were adolescent mothers. 45 % of them were under 18. Average age was 17.5. The youngest adolescent was 13 and the oldest 19. The frequency of single and accompanied women and the intermediate or late catchment was significantly higher in adolescents under 18, who showed other unfavorable factors for an adequate perinatal evolution. More than one fourth of them had at least one induced abortion. The frequency of low weight at the beginning of gestation (including

the malnourished) was very similar to that of normal weight, and it was found that 40 % of the deliveries occurred mainly by cesarean section. 83 % of the newborn infants had a gestation time between 37 and 41 weeks. In 88 %, the weight of the newborn infant was over 2500 grams. The results allowed to confirm that the younger the adolescent mother is, the more the risks factors can influence on the newborn infant.

Palabras clave: Pregnancy, adolescence.

Referencias bibliográficas

1. Pelaez M J. Adolescencia y Juventud. Desafíos actuales. La Habana: Editorial Científico- Técnica; 2003. p.125-36.
2. López Nodarse M, Flores Madam M, Roche Pérez C. Embarazo en la adolescencia. Resultados de dos. I Parte. Rev Sexol Soc 1996; 2(4):12.
3. Fridman LH. Obstáculos para la salud de los adolescentes. Network esp 1994; A(2): 4-6.
4. Taylor D, Chavez G, Chabra A. Risk factors for adult paternity in birth to adolescent. Obstet Gynecol 1997; 199-205.
5. Pelaez MJ. Adolescente embarazada: características y riesgos. Rev Cubana Obstet Ginecol 1997;23(1):13-7.
6. Dueñas Gómez E. Pediatría 5. La Habana: Editorial Pueblo y Educación;2000.
7. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Anuario estadístico 2001. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2002.
8. Rico de Alonso A. Madres solteras adolescentes. Bogotá: Editorial Colombia LTDA; 1986.
9. González Hernández A. Estudio de gestantes adolescentes y repercusión en el recién nacido en un área de salud (tesis). La Habana: Policlínico Docente "Lidia y Clodomira", Facultad "Miguel Enríquez"; 1998.
10. Herrera P. Principales factores de riesgo psicológico y sociales en la adolescente en un área de salud. Rev Cubana Pediatr 1999; 71(1):39-42.
11. Lugones Botell M, Peroso P, Perera O, Acosta M. La consulta de ginecología infanto-juvenil en función de la educación sexual. Rev Cubana Med Gen Integr 1999;15(2):187.
12. Ruiz Velazco, Peraza Z. Gestación en la adolescencia. Clin Obstet 1994;35:117.
13. Hernández Rodríguez A. Caracterización de la embarazada adolescente (tesis). La Habana: Policlínico Docente "Julian Grimau";1995.
14. Prendes Labrada MC. Estado nutricional materno y peso al nacer. Rev Cubana Med Gen Integr 2001;17(1):35-42.
15. Vázquez Márquez A. Embarazo en la adolescencia: factores biológicos, maternos y perinatales más frecuentes. Rev Cubana Obstet Ginecol 2001;27(2):158-64.
16. Vázquez Márquez A. Morbilidad y mortalidad en el embarazo precoz. Rev Cubana Obstet Ginecol 1998;24(3):137-44.
17. Pelaez Mendoza J. Cesárea en la adolescente; morbilidad materna y perinatal. Rev Cubana Obstet Ginecol 1996;22(1).

Recibido: 4 de marzo de 2004. Aprobado: 5 de mayo de 2004.

Dra. *Liliam Susana Fernández*. Calzada de Bejucal Km 7 1/2 . Arroyo Naranjo. La Habana, Cuba.

1Especialista de I Grado en Neonatología. Especialista de I Grado en Medicina General Integral.

2Especialista de I Grado en Neonatología.

3 Especialista de I Grado en Neonatología. Profesora Asistente.

4Especialista de II Grado en Bioestadística. Profesora Auxiliar.