
RIESGOS EN EL EMBARAZO ADOLESCENTE

María Gabriela Ulanowicz, Karina Elizabeth Parra, Gisela Elizabeth Wendler
Dra. Lourdes Tisiana Monzón

Resumen:

El embarazo no deseado en un adolescente es un problema social cada vez más frecuente a nivel mundial. Los adolescentes inician sus relaciones sexuales cada vez a más temprana edad trayendo aparejadas diversas consecuencias como lo es un embarazo. Este evento produce riesgos a nivel social como lo son familias con mayor número de hijos, mayor deserción escolar, desempleos o empleos mal remunerados, alta proporción de hijos ilegítimos. Repercute también en la salud de la madre y el recién nacido, aumentando el riesgo de morbilidad y mortalidad de ambos, y más aún cuando el embarazo se produce en cercanías de la menarquía.

Las medidas preventivas están orientadas a tres niveles: a prevenir el embarazo, a prevenir los riesgos cuando la joven ya está embarazada y al control de la evolución del niño y sus jóvenes padres.

Summary

The adolescent pregnancy is a social problem very frequent in the world. The adolescents initiate its sexual relations each time to but early age unchaining diverse consequences as is it an pregnancy. This event produces social risks like families with the greatest number of children, greater school desertion, unemployment or jobs badly paid, high proportion of illegitimate children. It also results in the health of the mother and the newborn, enlarged the risk of morbidity and mortality of both, and even more when the pregnancy produced in neighbourhoods of the menarche. The preventive measures are oriented to three levels: to prevent the pregnancy, to prevent the risks when the young woman is already pregnant and to control of the evolution of the boy and her young parents.

INTRODUCCION

Adolescencia según la OMS es el período de la vida en el cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida la independencia socioeconómica; fija sus límites entre los 10 y 20 años.¹⁻⁶

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.⁷

Los objetivos del presente trabajo son conocer la repercusión que tiene un embarazo adolescente en la esfera social y en la propia salud tanto de los padres como del hijo, y la forma de prevención de ésta entidad.

El embarazo en la adolescencia se define como el que ocurre dentro de los dos años de edad ginecológica, entendiéndose por tal al tiempo transcurrido desde la menarca y/o cuando la adolescente es aún dependiente de su núcleo familiar de origen.⁸

Ha sido llamado también el síndrome del fracaso, o la puerta de entrada al ciclo de la pobreza.⁹

El embarazo en la adolescencia es una crisis que se sobrepone a la crisis de la adolescencia.^{8,9}

El embarazo irrumpe en la vida de las adolescentes en momentos en que todavía no alcanzan la madurez física y mental, y a veces en circunstancias adversas como son las carencias nutricionales u otras enfermedades, y en un medio familiar generalmente poco receptivo para aceptarlo y protegerlo.⁴

El embarazo no planeado en una adolescente puede provocarle serios trastornos biológicos, sobre todo si es menor de 15 años. Además de repercutir sobre su esfera social, se interrumpe el proyecto educativo y surge la necesidad de ingresar prematuramente a un trabajo, generalmente mal remunerado. La censura social sobre la adolescente y su familia se hacen evidentes, se desencadenan matrimonios apresurados que generalmente no duran con las subsiguientes repercusiones sociales, económicas personales y sobre la salud de los hijos.¹⁰

MATERIALES Y METODOS

Para la realización del trabajo se revisaron revistas de obstetricia y ginecología de Cuba, México, Perú, Chile accediendo a ellas por el portal de la página de intermedicina (www.intermedicina.com) como así también revistas Argentinas, habiendo utilizado como palabra claves Embarazo adolescente. También se consultaron libros sobre adolescencia en la biblioteca de la facultad de medicina de la UNNE.

DESARROLLO

Perfil de los adolescentes a nivel mundial:¹¹

- Hay más de mil millones de adolescentes, 85% en los países en desarrollo.
- Más de la mitad ha tenido relaciones sexuales antes de los 16 años.
- Existen más de 111 millones de casos nuevos de infecciones de transmisión sexual curables en menores de 25 años.

- Más de la mitad de casos nuevos de infección por HIV -más de 7000 por día- ocurre en jóvenes.
- La violación o incesto ocurre en 7 a 34 % en niñas y en 3 a 29 % en niños.
- El 10 % de los partos acontece en adolescentes.
- La muerte materna es 2 a 5 veces más alta en mujeres menores de 18 años que en las de 20 a 29 años.
- Hay 4,4 millones de abortos inducidos, la mayoría en condiciones de riesgo.
- Un tercio de las hospitalizaciones son por complicaciones de aborto.
- Cada 5 minutos se produce un suicidio por problemas inherentes a la salud sexual y reproductiva.

La primera relación sexual cada vez ocurre en estadios de la vida más tempranos lo cual se asocia a un mayor riesgo de embarazos y de contraer enfermedades de transmisión sexual invalidantes.¹²

Mientras más precoz ocurre el primer coito mayor es el número de parejas sexuales que tienen esas personas y por lo tanto los riesgos se multiplican.¹²

La etiología tiene que ver con el nivel socioeconómico bajo, inestabilidad familiar, expectativas del grupo de pares respecto de la iniciación de las relaciones sexuales, declinación de las barreras sociales para el ejercicio de la sexualidad.⁹

También se relaciona con modelos reproductivos que tienden a repetirse, es decir, madres que también lo fueron a edades tempranas.^{7, 9, 10}

El impacto del embarazo en la adolescencia es psicosocial y se traduce en deserción escolar, mayor número de hijos, desempleo, fracaso en la relación de pareja e ingresos inferiores de por vida. Constituye a perpetuar el ciclo de la pobreza y la "feminización de la miseria"⁹

El embarazo en la adolescencia representa un serio problema social.¹¹ Se considera desde el punto de vista médico y social como una situación de riesgo.⁸

Muchos problemas se suscitan dado que la adolescente tiene rechazo del entorno e inmadurez biopsicosocial, constituyendo un grave problema en salud pública tanto en América Latina como en el resto del mundo.⁸

A la adolescencia se la puede dividir en tres etapas^{1, 2, 9} con características diferentes y a su vez con formas distintas de enfrentar un embarazo:

1. Adolescencia temprana (10 a 13 años): Ligada a su madre, negación del embarazo, la maternidad provoca depresión y aislamiento, no hay lugar para el padre. El varón está ausente en sus planes.

2. Adolescencia media (14 a 16 años): Dramatización de la experiencia corporal y emocional, se siente posesiva en relación al feto, que a su vez es experimentado como un instrumento de la afirmación de independencia de los padres. Su actitud es ambivalente: de culpa y orgullo. El padre tiene un lugar: El varón es considerado importante como una esperanza en el futuro.

3. Adolescencia tardía (17 a 19 años): Adaptación al impacto de la realidad, sentimientos maternos. Búsqueda de afecto y compromiso de parte del varón y establecimiento como un futuro compañero.

Es por ello que una adolescente que se embaraza se comportará como corresponde al momento de la vida en que está transitando, sin madurar a etapas posteriores por el simple hecho de estar embarazada; son adolescentes embarazadas y no embarazadas muy jóvenes.¹

De forma global se describe mayor morbilidad en la gestación adolescente^{6, 13} en la literatura se describen:

- Abortos^{6, 7}
- Anemia^{6, 7}
- Infecciones urinarias^{6, 7}
- Bacteriuria asintomática⁶
- Hipertensión gestacional^{3, 6, 7, 13, 14}
- Preeclampsia – Eclampsia^{5, 11, 14, 15}
- Escasa ganancia de peso^{3, 6, 7}
- Malnutrición materna^{6, 17}
- Hemorragias asociadas con afecciones placentarias^{6, 7, 11}
- Parto prematuro^{5, 6, 7, 13}
- Rotura prematura de membrana^{6, 7, 22}
- Desproporción cefalopélvica^{7, 13}
- Cesárea^{5, 8, 13, 14}

Se ha descrito un mecanismo común que podría explicar diversas afecciones propias del embarazo que muestran mayor frecuencia en adolescentes, se trata de una falla en los mecanismos fisiológicos de adaptación circulatoria al embarazo: *Síndrome de mala adaptación circulatoria*, cuyas diversas manifestaciones clínicas pueden presentarse por separado o asociadas entre sí a nivel materno y/o fetal.⁶

Existe una alta incidencia de enfermedades de transmisión sexual.¹⁴ vaginosis bacteriana, con mayor frecuencia por *Garnerela Vaginalis*, HPV.

La infección de vías urinarias quizá sea en parte responsable de la alta incidencia de parto prematuro, sumado a otras entidades que se citan como responsables tales como el propio desarrollo puberal, los procesos infecciosos a otros niveles como cervicovaginal que pueden ocasionar directa o indirectamente, a través de la rotura prematura de membrana, parto pre-término.¹⁸

También hay una alta incidencia de anemia microcítica hipocrómica^{7, 11, 14}, la cual puede ser multifactorial, sobresalen los hábitos nutricionales deficientes, el acudir tardíamente a su control prenatal y la propia adolescencia.¹³ Es una enfermedad frecuente en los países subdesarrollados.¹⁹

En el puerperio la morbilidad está ligada a la vía del nacimiento. Las complicaciones son: desgarro del canal del parto por uso de instrumentos como fórceps o desarrollo incompleto de éstas pacientes.¹³

El estado nutricional materno es un factor determinante en el crecimiento fetal y en el peso del recién nacido. El adecuado peso al nacer es sinónimo de bienestar y salud del neonato.¹⁷

La rotura prematura de membrana constituye una de las enfermedades obstétricas más relacionadas con la Morbimortalidad materno – perinatal¹⁶, la infección puede llevar a la inducción de metaloproteínasa que actúan sobre las proteínas de la matriz extracelular de las membranas debilitándolas y provocando así la rotura. Esta se asocia a corioamnionitis, membrana hialina en el recién nacido por prematuridad e infección, presentación pelviana, prolapso del cordón, compresión de la cabeza fetal y/o del cordón umbilical, e incremento del índice de cesárea.¹⁶

El aborto provocado es un problema social, consecuencia generalmente de un embarazo no deseado.^{1, 11}

Los riesgos sociales de un embarazo en la madre adolescente se traducen en mayor deserción escolar y baja escolaridad, desempleos más frecuentes, ingreso económico reducido de por vida. Mayor riesgo de separación, divorcio y abandono. Mayor número de hijos.⁹

El hijo de madre adolescente tiene mayor frecuencia de deserción escolar, capacidad mental probablemente inferior, alto riesgo de abuso físico negligencia en los cuidados de la salud, desnutrición y retardo del desarrollo físico y emocional, alta proporción de hijos ilegítimos, que limita sus derechos legales y el acceso a la salud.⁹

El recién nacido de madre adolescente no tiene diferencias significativas con relación a las mujeres adultas, aunque si puede existir diferencias entre las menores de 15 años. Se pueden citar:¹

- Internación en neonatología: sin diferencia entre las edades de las adolescentes.¹
- Malformaciones: Mayor incidencia entre hijos de adolescentes menores de 15 años, respecto a las de mayor edad, siendo los del cierre del tubo neural los defectos más frecuentes, y con un número importante de retraso mental de por vida.¹

➤ Mortalidad perinatal: Su índice es elevado entre las adolescentes, disminuyendo con la edad.^{1, 13}

➤ Recién nacido con bajo peso por nacimiento pretérmino o por ser pequeño para la edad gestacional.^{6-8, 11, 13, 17, 20}

Las afecciones maternas y perinatales son más frecuentes en las mujeres menores de 20 años y sobre todo en los grupos de edades más cercanos a la menarquía.^{3, 6}

La menarquía es un evento que ocurre generalmente entre los 8 y 13 años de edad, este inicio de la menstruación es un suceso decisivo de la pubertad, la maduración sexual y emocional. La disminución de la edad de la menarquía es un factor que determina la aparición de conductas de riesgo, lo cual provoca que la vida sexual comience en edades más tempranas.^{3, 6}

La madurez psicosocial, en cambio, tiende a desplazarse hacia edades más avanzadas debido al largo proceso de preparación que requiere una adolescente para llegar a ser autovalente.⁶

La población de 16 años o menos que se embaraza posee un riesgo más elevado para ella y su hijo si se la compara con adolescentes de mayor edad.^{3, 13}

Las adolescentes que se embarazan con un intervalo de tiempo menor de 5 años entre la menarquía y el parto se considera un factor de riesgo para que se presenten resultados perinatales desfavorables.³ Entre 10 y 14 años hay mayor porcentajes de bajo peso al nacer, depresión al nacer⁸, hipertensión inducida por el embarazo, elevada Morbimortalidad perinatal materna y mayor porcentaje de cesárea.³ Al existir poco desarrollo del eje hipotálamo hipófisis gónada durante éste período (antes de los 5 años posteriores a la menarquía), es necesario que el parto se desencadene artificialmente, si espontáneamente éste no ha ocurrido.^{3, 4}

La morbilidad y mortalidad de las adolescentes embarazadas en Latinoamérica puede ser similar al del grupo de mujeres adultas si se les entrega una adecuada atención prenatal y del parto.^{6, 9, 14}

El padre adolescente tiene ausencia en toma de decisiones dentro del evento reproductivo, falta de compromiso y hasta rechazo de la respectiva familia.¹⁰ Generalmente abandona sus estudios^{8, 9}. Tiene trabajos e ingresos de menor nivel que sus pares, existe una más alta tasa de divorcios, aumento del estrés y mayor frecuencia de trastornos emocionales por una reacción negativa del medio que lo rodea.⁹

Prevención: Existen tres niveles de prevención:^{9, 11}

- Prevención primaria:
 - Medidas destinadas a evitar el embarazo en la adolescencia.

- Información sobre fisiología reproductiva, gradual y continuada en todos los ámbitos y no solo destinada al ámbito escolar.
- Utilización adecuada de los medios de comunicación.
- Estimulación de los jóvenes a la reflexión grupal, sobre los problemas relacionados con cada etapa de la adolescencia.
- Fomento de la comunicación entre padres o adultos responsables y los jóvenes en lugares comunes que sirvan de foro de discusión.
- Entrenamiento de las personas que tienen contacto prolongado con adolescentes para la atención de aquellos adolescentes en situación de alto riesgo.
- Captación, por personal entrenado, de los jóvenes que no asisten a establecimientos educacionales ni trabajan, para su reinserción social y educación.
- Prevención secundaria:
 - Medidas a tomar cuando la joven ya está embarazada.
 - Asistencia del embarazo, parto y recién nacido en programas de atención de adolescentes, por personal motivado y capacitado en éste tipo de atención.
 - Asistencia al padre de la criatura, favoreciendo su participación y ayudándolo a asumir su rol.
 - Información y apoyo psicológico a la joven, si decide entregar al hijo en adopción.
- Prevención terciaria:
 - Vigilancia del vínculo madre – hijo, padre – hijo.
 - Favorecimiento de la reaserción laboral de la madre y el padre si corresponde.
 - Seguimiento médico integral del joven padre, sea cual fuere la situación en la que se haya ubicado frente a su compañera y su hijo.
 - Asesoramiento adecuado a ambos para que puedan regular su fertilidad, evitando la reiteración compulsiva de los embarazos con intervalo intergenésico corto.
 - Creación de pequeños hogares maternales para las jóvenes sin apoyo familiar, que además de alojarlas las capaciten para enfrentar la situación de madre soltera y la prevención de un nuevo embarazo no deseado.

CONCLUSION

Evitar que se produzca un embarazo en la adolescencia no es tarea fácil, depende tanto del propio adolescente como de su entorno.

Se debería poner mayor énfasis en la promoción de la utilización de métodos anticonceptivos para la prevención de dos aspectos fundamentales que son el embarazo no deseado, como así también las enfermedades de transmisión sexual, entidades muy relacionadas entre sí. Dicha tarea depende tanto de la esfera social al cual el joven pertenece como a su propia familia.

Una vez producido el embarazo es importante realizar un control precoz y adecuado a fin de evitar las complicaciones que trae aparejado tanto para la madre como para el hijo.

BIBLIOGRAFIA

1. Issler JR. Embarazo en la adolescencia. Revista de posgrado de la de la VI cátedra de Medicina. 2001;107:11-23
2. Serra FG, Spaciuk SM, Morales E, Arce GM, Avalos ME, Gómez VY. Riesgo reproductivo del adolescente en corrientes. Revista de posgrado de la VI cátedra de Medicina. 2002; 115:24-25.
3. Balestena Sánchez JM Balestena Sánchez SG. Impacto de la menarquía en los resultados maternos perinatales en la adolescencia. RCOG [en línea] 2005 [25 de noviembre de 2005]; 31(1).URL disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/gin/vol31_1_05/gin02105.htm
4. Laffita Batista A, Ariosa JM, Cutié Sánchez JR. Adolescencia e interrupciones del embarazo. RCOG [en línea] 2004 [25 de noviembre de 2005]; 30(1).URL disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/gin/vol30_1_04/gin04104.htm
5. Valdés Dacal S, Essien J, Bardales Mitac J, Saavedra Moredo D, Bardales Mitac E. Embarazo en la adolescencia. Incidencia, riesgos y complicaciones. RCOG. [en línea] 2002 [25 de noviembre de 2005]; 28(2). URL disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/gin/vol28_2_02/gin04202.htm
6. Fernandez LS, Carro Puig E, Osés Ferrera D, Pérez Piñero J. Caracterización del recién nacido en una muestra de gestantes adolescentes. RCOG [en línea] 2004 [25 de noviembre de 2005]; 30(2). URL disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/gin/vol30_2_04/gin03204.htm
7. Fernández LS, Carro Puig E, Osés Ferrera D, Pérez Piñero J. Caracterización de la gestante adolescente. RCOG [en línea] 2004 [25 de noviembre de 2005]; 30(2). URL disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/gin/vol30_2_04/gin02204.htm
8. Lezcano SA, Vallejos Arce MS, Soderó H. Caracterización del recién nacido en madres adolescentes. Revista de Posgrado de la VI Cátedra de Medicina. 2005;149:6-8
9. Romero MI, Maddaleno M, Silber Tomás J, Munist M. Salud reproductiva. En: Silber TJ, Munist MM, Maddaleno M, Suarez Ojeda EN, de. Manual de medicina de la adolescencia. EEUU: Publicación de la organización panamericana de la salud, 1992:473-518.
10. Ortigoza Corona E, Padilla Yasso PY, López Ortiz R. Necesidades educativas en salud perinatal en madres de adolescentes embarazadas. Ginecol y obstet Mex. 2002;70(1):28-35.
11. Távora Orozco L. Contribución de las adolescentes a la muerte materna en el Perú. Ginecol Obstet Perú. 2004;50(2):111-122.
12. Cutié JR, Laffita Batsta A, Toledo M. Primera relación sexual en adolescentes cubanos. Revista Chilena de Obstet Ginecol. 2005;70(2):83-86.

13. Pereira LS, Plascencia JL, Ahued Ahued A y col. Morbilidad materna en la adolescente embarazada. *Ginecol obstet Mexico*. 2002;70(6):270-274.
14. León Carmona JC, Hernández Álvarez LAI, Hernández hernández AC. Influencia de los factores socioculturales en la morbilidad y/o mortalidad materna y perinatal de adolescentes atendidas en tres estados de la república Mexicana. *Ginecol Obstet Mex*. 2002;70(7):320-327.
15. Cruz E. Mortalidad materna y perinatal en adolescentes. *Rev Cubana Obstet Ginecol*. 2002;28(1):5-10.
16. Vázquez Niebla JC, Vázquez Cabrera J, Rodríguez P. Epidemiología de la rotura prematura de membrana en un hospital ginecoobstétrico. *Rev Cubana Obstet Ginecol*. 2003;29(2).
17. Zelaya MB, Godoy AC, Esperanza LM. Estado nutricional en el embarazo y peso del recién nacido. *Revista de posgrado de la VI Cátedra de Medicina*. 2003;125:1-6.
18. López JI, Lugones Botell M, Valdespino LM, Virilla Blanco J. Algunos factores maternos relacionados con el bajo peso al nacer. *RCOG [en línea]* 2004 [18 de octubre de 2005]; 30(1). URL disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/gin/vol30_1_04/gin01104.htm
19. Romero Maciel MA, Cuenca EN, López GM, Rosales CS. Anemia y control del peso en embarazadas. *Revista de posgrado de la VI cátedra de medicina*. 2005;143:6-8
20. Rodríguez Domínguez OL, Hernández Cabrera J, Reyes Pérez A. Bajo peso al nacer. Algunos factores asociados a la madre. *RCOG [en línea]* 2005 [18 de octubre de 2005]; 31(1). URL disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/gin/vol31_1_05/gin05105.htm