

ARTÍCULO ORIGINAL

Resultados perinatales del embarazo en adolescentes del municipio Jaruco.

Perinatal results of pregnancy in adolescents in Jaruco municipality

Dunia Guerra Machado,^I Eva González Gutiérrez,^{II} Jónathan Hernández Núñez,^{III} José Antonio Naranjo Rodríguez^{IV}

^ILicenciada en Enfermería. Especialista de I Grado en Materno-Infantil. Máster en Atención Integral al Niño. Profesor Asistente. Policlínico-Hospital "Alberto Fernández Valdés". Santa Cruz del Norte, Facultad de Ciencias Médicas de Mayabeque, Cuba. Correo electrónico: gonzalezgutierrez@infomed.sld.cu

^{II}Licenciada en Enfermería. Máster en Atención Integral al Niño. Profesor Asistente. Policlínico-Hospital "Alberto Fernández Valdés". Santa Cruz del Norte, Facultad de Ciencias Médicas de Mayabeque, Cuba. Correo electrónico: gonzalezgutierrez@infomed.sld.cu

^{III}Especialista de I Grado en Medicina General Integral y Ginecología y Obstetricia. Máster en Atención Integral a la Mujer y Medicina Bioenergética. Investigador Agregado. Profesor Asistente. Policlínico-Hospital "Alberto Fernández Valdés". Santa Cruz del Norte, Facultad de Ciencias Médicas de Mayabeque, Cuba. Correo electrónico: magvong@infomed.sld.cu

^{IV}Especialista de I Grado en Medicina General Integral e Higiene y Epidemiología. Máster en Enfermedades Infecciosas. Profesor Instructor. Centro Provincial de Higiene y Epidemiología. San José de Las Lajas, Facultad de Ciencias Médicas de Mayabeque, Cuba. Correo electrónico: antonior@infomed.sld.cu

RESUMEN

Introducción: el embarazo en la adolescencia puede tener consecuencias adversas tanto para la madre como el recién nacido.

Objetivos: determinar los resultados perinatales de gestantes adolescentes del municipio Jaruco durante el 2012.

Métodos: se realizó un estudio analítico longitudinal prospectivo a partir de un universo de 64 embarazadas adolescentes y una muestra inicial de 48 gestantes escogidas al azar que conformó el grupo de expuestas al factor de estudio y se dispuso de un grupo de no expuestas de 20 o más años de igual cantidad de gestantes siguiendo una relación 1:1; así, la muestra definitiva quedó conformada por 42 y 45 en cada grupo respectivo. Los datos se recolectaron mediante revisión de las historias clínica y obstétrica y como medidas estadísticas se emplearon la media, desviación estándar, porcentaje, test de Student, Chi cuadrado y riesgo relativo.

Resultados: en las gestantes adolescentes hubo significativamente mayor

preeclampsia (RR = 1,81), oligoamnios (RR = 1,98), amenaza de parto pretérmino (RR = 2,04) y partos pretérmino (RR = 1,98), bajo peso al nacer (RR = 2,04) y Apgar bajo al minuto de vida (RR = 1,81); también se presentó más distrés respiratorio en los neonatos (RR = 1,99) y endometritis puerperal (RR = 1,88). No hubo diferencias entre ambos grupos en otras afecciones propias del embarazo o complicaciones neonatales y puerperales, ni en la vía del parto.

Conclusiones: el embarazo en la adolescencia incrementa el riesgo de resultados perinatales adversos, tanto para la madre, como para el feto y el recién nacido.

Palabras clave: embarazo en la adolescencia; perinatología.

ABSTRACT

Introduction: pregnancy in adolescence may have adverse consequences for the mother and for the newborn.

Objectives: to determine the perinatal results of adolescent pregnant women in Jaruco municipality during 2012.

Methods: a prospective analytic longitudinal study was performed with a universe of 64 adolescent pregnant women with an initial simple of 48 taken at random which formed the group exposed to the factor of study and another group of non-exposed of 20 or more years old of the same quantity of pregnant women following the relation 1:1; so, the definite sample was formed by 42 y 45 in each respective group. The information was collected by the revision of the clinical and obstetrics histories, the statistics measures used were the medium, standard deviation, percentage, test of Student, Chi square and relative risk.

Results: in the adolescent pregnant women group there was significantly higher preeclampsia (RR = 1,81), oligoamnios (RR = 1,98), threat of preterm delivery (RR = 2,04) and preterm deliveries (RR = 1,98), low weight newborns (RR = 2,04) and low Apgar in the first minute of life (RR = 1,81); there was also more respiratory distress in the newborns (RR = 1,99) and puerperal endometritis (RR = 1,88). There were no differences between both groups in other affections related to pregnancy or neonatal and puerperal complications, as well as the way of delivery.

Conclusions: pregnancy in adolescence increases the risk of adverse perinatal results for mother, fetus and newborn.

Keywords: pregnancy in adolescence; perinatology.

INTRODUCCIÓN

La fecundidad presenta mayores riesgos tanto para la madre como para su producto cuando se ejerce en las edades extremas de la vida reproductiva de la mujer, la mortalidad relacionada con la reproducción (materna, perinatal, infantil) presenta tasas más elevadas en las madres menores de 20 años así como en las mayores de 35, esto determina la clásica morfología descrita como "curva en J o en V" en los países de mayores tasas de mortalidad en el grupo de menores de 20 años.¹

El adolescente se enfrenta a complejas dificultades concernientes a su evolución como ser humano, a la vez que decide su sexualidad, aprende el modo de adaptarse a los cambiantes sentimientos sexuales, escoge cómo participar en los diversos tipos de actividades sexuales, descubre la manera de identificar el amor y asimila los conocimientos requeridos para impedir que se produzca un embarazo no deseado.¹

Así, existen múltiples factores de riesgo que influyen en que las adolescentes se embaracen susceptibles de ser modificados desde la atención primaria de salud, tales como ser amas de casa, inicio precoz de las relaciones sexuales sin la utilización de métodos anticonceptivos y la crianza en un medio familiar disfuncional.²

Por otro lado, el embarazo en la adolescencia tiene consecuencias adversas tanto de tipo físico como psicosocial, en especial en las más jóvenes y pertenecientes a las clases sociales más desfavorecidas que siguen una dieta inadecuada a su estado y utilizan tarde o con poca frecuencia el servicio de atención prenatal.³

Se describe un mayor riesgo de parto pretérmino y de muertes neonatales en los hijos de madres adolescentes, incrementándose además, la enfermedad hipertensiva, partos prolongados, el aumento de la tasa de cesáreas, el incremento de la anemia, restricción del crecimiento intrauterino y complicaciones neonatales y puerperales.⁴

Los riesgos médicos asociados al embarazo en las madres adolescentes, tales como la patología hipertensiva, la anemia, el bajo peso al nacer, el parto prematuro, la nutrición insuficiente, etc., determinan elevación de la morbimortalidad materna y un aumento estimado de 2 a 3 veces en la mortalidad infantil, cuando se compara con los grupos de edades entre 20-29 años.⁵

Teniendo todo lo anterior en cuenta y dado el incremento del embarazo en adolescentes en el municipio Jaruco, se propuso realizar esta investigación con el objetivo de determinar los resultados perinatales en gestantes adolescentes del municipio Jaruco durante el año 2012.

MÉTODO

Se realizó un estudio analítico longitudinal prospectivo sobre los resultados perinatales en embarazadas adolescentes menores de 20 años del municipio Jaruco de la provincia Mayabeque durante el año 2012. El universo estuvo dado por las 64 embarazadas adolescentes de dicha área y período; así, la muestra inicial del grupo de expuestas al factor de estudio (adolescentes) fue de 48 pacientes escogidas mediante un muestreo aleatorio simple incluyendo tres sí y una no y se dispuso de un grupo de no expuestas al factor (20 años de edad o más) de igual cantidad de gestantes de los mismos consultorios de las pacientes

del grupo de expuestas que se escogieron de manera aleatoria siguiendo una relación de no expuestas/expuestas de 1:1.

Hubo una pérdida de 9 pacientes en las que no se logró recolectar todos los datos necesarios, 6 del grupo expuestas al factor y 3 del grupo de no expuestas, por lo que la muestra definitiva quedó conformada por 42 y 45 gestantes de manera respectiva; así mismo, el tamaño de muestra necesario calculado por el programa Epiinfo versión 6.0 en cada grupo para detectar un riesgo relativo de 2,00 como significativamente diferente de 1 con nivel de confiabilidad de los datos del 95%, un poder del 80 % y una prevalencia del factor entre las no expuestas del 40 % y entre las expuestas de un 80 %, debió ser como mínimo de 27 adolescentes y 27 no adolescentes.

Para la recolección de los datos se utilizó un formulario que fue llenado mediante la revisión de las historias clínica y obstétrica de las pacientes para analizar la influencia de la adolescencia en los resultados perinatales mediante las afecciones propias de la gestación, edad gestacional al parto, vía del parto, peso y apgar del recién nacido y complicaciones neonatales y puerperales.

Estadísticamente se utilizó la distribución de frecuencias en cada una de las variables; además, se empleó la media aritmética (\bar{X}) y desviación estándar (DS) como medida de resumen de las variables cuantitativas y el porcentaje como medida de resumen de las variables cualitativas. Para el análisis inferencial se empleó el test de Student (t) como prueba de hipótesis para las variables cuantitativas y la prueba de independencia mediante el estadígrafo Chi cuadrado (X^2) para las cualitativas. Igualmente se utilizó el riesgo relativo (RR) para confirmar asociación entre la exposición al factor y los resultados perinatales con su intervalo de confianza (IC), todo con un nivel de confiabilidad del 95 % y un valor de alfa (aceptación del error tipo I) igual a 0,05.

Esta investigación se basó en la revisión de las historias clínicas como fuente secundaria de información, por lo que no requirió del consentimiento informado de las pacientes, aunque sí se veló por el cumplimiento de todos los fundamentos básicos de la ética médica profesional.

RESULTADOS

Como muestra la tabla 1, el embarazo en la adolescencia incrementó 2,04 veces el riesgo de amenaza de parto pretérmino de manera significativa (RR=2,04; IC95%=1,45-2,87; $p<0,05$), así mismo aumentó 1,81 veces la probabilidad de preeclampsia-eclampsia (RR=1,81; IC95 % =1,22-2,70; $p<0,05$) y 1,98 veces el de oligoamnios (RR=1,98; IC95 % =1,38-2,83; $p<0,05$).

Igualmente se evidenció que no ser adolescente durante la gestación constituyó un factor protector para las afecciones propias, al no encontrarse ninguna afección (tabla 1) en la mayoría de las embarazadas no expuestas de manera significativa (RR=0,29; IC95 % =0,16-0,54; $p<0,05$).

Tabla 1. Distribución de embarazadas según afecciones propias de la gestación

Afecciones	Expuestas		No Expuestas		Total		RR (IC 95%)
	n	%	n	%	n	%	
Anemia	18	42,9%	12	26,7%	30	34,5%	1,43 (0,93-2,17)
Amenaza de parto pretérmino*	8	19,0%	1	2,2%	9	10,3%	2,04 (1,45-2,87)
Preeclampsia-Eclampsia*	8	19,0%	2	4,4%	10	11,5%	1,81 (1,22-2,70)
Rotura prematura de membranas	3	7,1%	1	2,2%	4	4,6%	1,60 (0,87-2,94)
Diabetes gestacional	1	2,4%	1	2,2%	2	2,3%	1,04 (0,25-4,22)
Infección del tracto urinario	2	4,8%	3	6,7%	5	5,7%	0,82 (0,27-2,45)
RCIU	5	11,9%	2	4,4%	7	8,0%	1,54 (0,91-2,61)
Malformación Congénita	1	2,4%	0	0,0%	1	1,1%	2,10 (1,68-2,62)
Muerte Fetal	1	2,4%	0	0,0%	1	1,1%	2,10 (1,68-2,62)
Anomalía de presentación	4	9,5%	2	4,4%	6	6,9%	1,42 (0,77-2,62)
Placenta Previa	2	4,8%	1	2,2%	3	3,4%	1,40 (0,61-3,21)
Oligoamnios*	7	16,7%	1	2,2%	8	9,2%	1,98 (1,38-2,83)
Polihidramnios	1	2,4%	1	2,2%	2	2,3%	1,04 (0,25-4,22)
Ninguna*	9	21,4%	33	73,3%	42	48,3%	0,29 (0,16-0,54)

$X^2=34,83$; $p=0,0009$; $gl=13$ * $p<0,05$

El embarazo en las adolescentes incrementa también el parto pretérmino (tabla 2) en 1,98 veces de manera significativa (RR=1,98; IC95 %=1,38-2,83; $p<0,05$); así mismo, se hallan diferencias en la media y desviación estándar de la edad gestacional al parto entre los grupos, siendo significativamente menor ($t=-3,453$; $p=0,0009$) en las adolescentes, con $38,1 \pm 3,9$ semanas contra $40,2 \pm 1,5$ semanas en las no adolescentes.

Tabla 2. Distribución de embarazadas según edad gestacional al parto

Edad Gestacional (semanas)	Expuestas		No Expuestas		Total		RR (IC 95%)
	n	%	n	%	n	%	
Menos de 37*	7	16,7%	1	2,2%	8	9,2%	1,98 (1,38-2,83)
37 a 41,6	30	71,4%	33	73,3%	63	72,4%	0,95 (0,59-1,53)
42 y más	5	11,9%	11	24,4%	16	18,4%	0,60 (0,28-1,28)
Total	42	100%	45	100%	87	100%	

$X \pm DS$ (semanas): Exp= $38,1 \pm 3,9$; No Exp= $40,2 \pm 1,5$ $t=-3,453$; $p=0,0009$; $gl=85$
* $p<0,05$

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas ($p>0,05$) en cuanto a la vía del parto entre ambos grupos de estudio (tabla 3).

Tabla 3. Distribución de embarazadas según vía del parto

Vía del Parto	Expuestas		No Expuestas		Total		RR (IC 95%)
	n	%	n	%	n	%	
Eutócico no Instrumentado	22	52,4%	25	55,6%	47	54,0%	0,94 (0,61-1,45)
Eutócico Instrumentado	2	4,8%	4	8,9%	6	6,9%	0,68 (0,21-2,14)
Cesárea Primitiva	17	40,5%	13	28,9%	30	34,5%	1,29 (0,84-1,98)
Cesárea Iterada	1	2,4%	3	6,7%	4	4,6%	0,51 (0,09-2,80)
Total	42	100%	45	100%	87	100%	

$$X^2=2,29; p=0,5143; gl=3$$

Según la tabla 4, el embarazo en la adolescencia aumentó 2,04 veces la probabilidad de bajo peso al nacer de manera significativa (RR=2,04; IC95%=1,45-2,87; $p<0,05$) y 1,81 veces el riesgo de menor Apgar al minuto de vida (RR=1,81; IC95 % =1,22-2,70; $p<0,05$).

Así mismo, se observan diferencias en la media y desviación estándar del peso al nacer y el Apgar al minuto de vida entre ambos grupos de estudio (tabla 4), con un peso de 3002 ± 925 gramos en las madres adolescentes, contra 3642 ± 489 gramos en las no adolescentes de manera significativa ($t=-4,074$; $p=0,0001$) y un Apgar al minuto $7,6 \pm 2,3$ puntos en los recién nacidos de madres adolescentes contra $8,4 \pm 1,2$ puntos en los de las no adolescentes, igualmente de manera significativa ($t=-2,139$; $p=0,0353$).

Igualmente se evidencia que no ser adolescente durante la gestación constituye un factor protector contra el Apgar bajo, al observarse un Apgar entre 7 y 9 al minuto de vida en la mayoría de las embarazadas no expuestas (tabla 4) de manera estadísticamente significativa (RR=0,29; IC95%=0,16-0,54; $p<0,05$).

Tabla 4. Distribución de embarazadas según peso y Apgar del recién nacido al minuto de vida

Peso y Apgar	Expuestas		No Expuestas		Total		RR (IC 95%)
	n	%	n	%	n	%	
Peso (gramos) =	3002 ± 925		3642 ± 489		t=-4,074; p=0,0001; gl=85		
Menos de 2500*	8	19,0%	1	2,2%	9	10,3%	2,04 (1,45-2,87)
2500 a 3999	29	69,0%	34	75,6%	63	72,4%	0,85 (0,54-1,34)
4000 o más	5	11,9%	10	22,2%	15	17,2%	0,65 (0,31-1,37)
Apgar (puntos) =	7,6 ± 2,3		8,4 ± 1,2		t=-2,139; p=0,0353; gl=85		
0	1	2,4%	0	0,0%	1	1,1%	2,10 (1,68-2,62)
1 a 3	1	2,4%	1	2,2%	2	2,3%	1,04 (0,25-4,22)
4 a 6*	8	19,0%	2	4,4%	10	11,5%	1,81 (1,22-2,70)
7 a 9*	32	76,2%	42	93,3%	74	85,1%	0,56 (0,38-0,84)

*p<0,05

El embarazo en la adolescencia también incrementa casi 2 veces el riesgo de distrés respiratorio en el recién nacido (tabla 5) de manera significativa (RR=1,99; IC95 %=1,38-2,87; p<0,05), así mismo aumenta 1,88 veces la probabilidad de endometritis puerperal (RR=1,88; IC95 %=1,29-2,75; p<0,05).

Igualmente se evidencia que no ser adolescente durante la gestación constituye un factor protector para la aparición de complicaciones, tanto del neonato como puerperales, al no encontrarse ninguna complicación (tabla 5) en la mayoría de las embarazadas no expuestas de manera significativa desde el punto de vista estadístico para ambos casos, con un riesgo relativo de 0,53 (IC95 %=0,35-0,81; p<0,05) para las complicaciones neonatales y de 0,56 (IC95 %=0,36-0,86; p<0,05) para las complicaciones puerperales.

Tabla 5. Distribución de embarazadas según complicaciones neonatales y puerperales

Complicaciones	Expuestas		No Expuestas		Total		RR (IC 95%)
	n	%	n	%	n	%	
Neonatales	X ² =14,01; p=0,0295; gl=6						
Distrés Respiratorio*	13	31,0%	3	6,7%	16	18,4%	1,99 (1,38-2,87)
Asfixia Neonatal	4	9,5%	1	2,2%	5	5,7%	1,73 (1,05-2,84)
Membrana Hialina	1	2,4%	0	0,0%	1	1,1%	2,10 (1,68-2,62)
Infección Congénita	1	2,4%	1	2,2%	2	2,3%	1,04 (0,25-4,22)
Íctero Patológico	2	4,8%	1	2,2%	3	3,4%	1,40 (0,61-3,21)
Hipoglicemia	4	9,5%	6	13,3%	10	11,5%	0,81 (0,37-1,79)
Ninguna*	19	45,2%	34	75,6%	53	60,9%	0,53 (0,35-0,81)
Puerperales	X ² =13,43; p=0,0367; gl=6						
Sangramiento postparto	4	9,5%	1	2,2%	5	5,7%	1,73 (1,05-2,84)
Endometritis*	9	21,4%	2	4,4%	11	12,6%	1,88 (1,29-2,75)
Infección Urinaria	3	7,1%	1	2,2%	4	4,6%	1,60 (0,87-2,94)
Infección Respiratoria	2	4,8%	3	6,7%	5	5,7%	0,82 (0,27-2,45)
Infección de la Herida	5	11,9%	2	4,4%	7	8,0%	1,54 (0,91-2,61)
Hematoma de la Herida	3	7,1%	6	13,3%	9	10,3%	0,67 (0,26-1,72)
Ninguna*	19	45,2%	33	73,3%	52	59,8%	0,56 (0,36-0,86)

*p<0,05

DISCUSIÓN

El embarazo en las adolescentes aumenta el riesgo de amenaza de parto pretérmino, preeclampsia y oligoamnios, resultado que coincide con otros autores pues en un estudio realizado en Santiago de Cuba, se observa que la amenaza de parto pretérmino alcanzó una asociación altamente significativa, carácter causal y marcado riesgo relativo (RPC=3,99; IC=1,16-14,39; p=0,010) con la edad menor de 20 años en la gestante.⁶

Igualmente la anemia deficitaria se expresó con causalidad en el segundo trimestre, significación y riesgo relativo moderado (RPC=2,12; IC=1,09-4,13; p=0,016); este evento mostró, durante el último trimestre, muy alta significación y marcado nivel de riesgo relativo (RPC=5,48; IC=2,80-10,80; p=0,0000).⁶

Por su parte, la infección genital en el primer trimestre alcanzó una elevada significación, asociación de carácter causal y riesgo relativo moderado (RPC=2,26; IC=1,17-4,37; p=0,008); sin embargo, otras afecciones tales como gestorragias y

rotura prematura de las membranas ovulares, no guardaron relación significativa con la edad de la madre.⁶

Resultados de un estudio en gestantes adolescentes realizado en Costa Rica muestra que el diagnóstico más frecuente es la amenaza de parto pretérmino en el 40,7 % de las pacientes (IC95 %=28,1-54,3); estos autores muestran además que el 16,5 % (IC95 %=12,9-20,8) de las pacientes requirieron ser hospitalizadas durante su gestación, el 31,1 % (IC95 %=26,4-36,2) registró algún tipo de infección del tracto urinario, el 12,2 % (IC95 %=9,1-16,2) presentó anemia, el 8,9 % (IC95 %=6,2-12,4) rotura prematura de membranas pretérmino y solo el 2,2 (IC95 %=1,0-4,5) tuvo preeclampsia.⁷

A pesar que no se encontró asociación entre el embarazo precoz y la restricción del crecimiento intrauterino (RCIU), múltiples autores plantean que la gestación adolescente es uno de los factores principales en dicha entidad; la RCIU es la afección fetal que más se presenta en las embarazadas adolescentes en un estudio similar donde el 24,6% de las adolescentes presentó RCIU y constituyó un valor significativo desde el punto de vista estadístico al compararlo con gestantes mayores de 20 años.⁸

Igualmente, otros autores en Colombia, exponen que la adolescencia se asoció a un mayor riesgo de RCIU (OR=1,23; IC95 %=1,07-1,40) al compararlo con mujeres de 20 años o más.⁹

La adolescente tiene poca conciencia de salud, resultándole muy difícil asumir autocuidado debido a las circunstancias en que ocurrió el embarazo y las dificultades que este le plantea; no tiene tiempo para pensar que debe concurrir regularmente a la consulta, ni comprende la importancia de los estudios complementarios, interpretándolos muchas veces como castigo; es por ello que en el embarazo precoz se presenta una mayor frecuencia de afecciones obstétricas que ponen en riesgo la integridad de la madre durante el embarazo y el parto.¹⁰

El parto pretérmino también se vio influenciado por la edad menor de 20 años de la gestante, aspecto que coincide con la literatura revisada. En un estudio realizado en Costa Rica, se observa que la prevalencia de parto de pretérmino para la muestra fue de 13,3% (IC95%=10,1-17,4); del total de pacientes, el 3,3% (IC95%=1,8-5,9) tuvo su parto antes de la semana 34 y el 10,0% (IC95%=7,2-13,7) entre la semana 34 y 37 de gestación.⁷

Por su parte, en otros estudio se observa un predominio de partos pretérminos y post-términos en las adolescentes con respecto a gestantes con más de 20 años; el parto pretérmino se incrementó 2,47 veces en el grupo de gestantes adolescentes y en el post-término 1,76 veces.¹¹

La vía del parto no fue significativamente diferente entre los grupos de estudio, esto no coincide con la bibliografía consultada. Al respecto, en un estudio realizado en México, se observa una diferencia significativa en el porcentaje de

cesárea ($p < 0,05$) entre las mujeres con edad menor a 15 años y las mujeres entre 25 y 29 años, siendo las menores de 15 años el grupo con mayor promedio de cesárea.¹²

Otros autores, en un estudio realizado sobre el comportamiento del embarazo en la adolescencia, evidencian que el parto distócico se presentó en el 44,5% del total de gestantes adolescentes; para estos autores, esto quizás se deba a la inmadurez o incompleto desarrollo del canal del parto lo cual lleva a una alta frecuencia de desproporción céfalo-pélvica, presentación pelviana y baja talla materna.¹³

El peso del recién nacido fue significativamente inferior en las adolescentes del estudio, aspecto que coincide con múltiples autores. La mayor frecuencia de recién nacidos con bajo peso al nacer en pacientes con edad menor de 20 años no es discutida por ningún autor, además se ha comprobado que a medida que la paciente tiene una menor edad, es más propensa a traer al mundo un producto de menor peso al nacer. Otros autores plantean una frecuencia 5 veces mayor de recién nacidos bajo peso en madres adolescentes que en madres mayores de 20 años de edad.^{14, 15}

Un estudio realizado en Río de Janeiro muestra que 13,2% de las adolescentes presentaron un recién nacido bajo peso al nacer; esta incidencia se vio principalmente influenciada por el bajo peso materno antes de la gestación y la escasas de controles prenatales.¹⁶

El Apgar bajo y el distrés respiratorio fue una complicación del recién nacido dependiente de la menor edad de la madre, este resultado coincide con un estudio realizado en Santa Cruz del Norte donde se observa que el 22,83% de los recién nacidos deprimidos con Apgar bajo se presentaron en las madres menores de 20 años.¹⁷

Una tercera parte de los hijos de madres adolescentes presentaron alguna complicación inmediata, siendo los trastornos metabólicos las más frecuentemente reportadas, afectando de manera particular a los pretérmino moderados y a los pequeños para la edad gestacional. Se señala que los problemas respiratorios representaron la segunda causa de morbilidad, factor de riesgo implícito a la edad gestacional, mientras que la infección e ictericia neonatal se comportaron de igual forma en ambos grupos.¹⁸

Las consecuencias negativas para el hijo de la madre adolescente son ampliamente reconocidas por todos los expertos en el tema, describiéndose una mayor incidencia de bajo peso al nacer, distrés respiratorio, asfisia neonatal, malformaciones congénitas, infecciones, entre otras complicaciones; quizás provocado por afecciones frecuentes en la primípara menor de 20 años como partos pretérmino, restricción en el crecimiento intrauterino, mayor cantidad de partos distócicos o instrumentados, entre otras.¹⁹

La endometritis puerperal también se presenta de manera dependiente a la edad de la madre, no así otras complicaciones puerperales, en este aspecto, se coincide solo en parte con otros autores. En Costa Rica, el 24,2% (IC95%=19,9-29,0) presenta al menos una complicación. De estas, la complicación más frecuente fue la anemia postparto en el 33,3 % (IC95%=23,6-44,3) de los casos, seguida de dehiscencia de episiotomía en el 20,7% (IC95%=12,7-30,7) y la mastitis en el 17,2 % (IC95%=10,0-26,8).⁷

Existe una mayor cantidad de complicaciones maternas durante el puerperio en pacientes con embarazo precoz con respecto a pacientes con edad de 20 años o más; una mayor incidencia y prevalencia de sangramientos, desgarros del canal del parto e infecciones puerperales en las adolescentes, así como hematomas de la rafia, entre otras complicaciones.²⁰

Se concluye que el embarazo en la adolescencia incrementa significativamente el riesgo de resultados perinatales adversos, tanto para la madre durante la gestación y el parto, como para el feto y el recién nacido, por lo que se recomienda realizar estudios que profundicen en los factores influyentes en el incremento del embarazo precoz que permita trazar planes de acción específicos en la comunidad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Pardo CG. Análisis del embarazo y la maternidad durante la adolescencia: diferencias socioeconómicas. Desarr Soc [Internet] 2012 [citado 30 Jun 2015];(69). Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=169124301005>
2. Hernández Núñez J, Valdés Yong M, Moreno González IM, Pérez Pérez MA. Factores influyentes en la primiparidad precoz en Santa Cruz del Norte durante 10 años. Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]. 2014 [citado 30 Jun 2015];30(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21252014000100004&script=sci_arttext&tlng=en
3. Allen J, Gamble J, Stapleton H, Kildea S. Does the way maternity care is provided affect maternal and neonatal outcomes for young women? A review of the research literature. Women Birth [Internet] 2012 [citado 30 Jun 2015];25(2). Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21493173>
4. Peláez Mendoza J. Ginecología infanto/juvenil: salud reproductiva del adolescente. La Habana: Científico-Técnica; 1999.
5. Bajatierra L. Mortalidad en adolescentes. Juventud trucada. 2010;(2021):32-5.
6. Pascual López V, Toirac Lamarque AS. Patrón de riesgo en la gestante adolescente primípara: un problema latente. MEDISAN [Internet]. 2011 [citado 24 Feb 2015];15(12). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1029-30192011001200006&script=sci_arttext
7. Giacomini-Carmioli L, Leal-Mateos M. Características del control prenatal de pacientes adolescentes atendidas en la consulta de Obstetricia, Hospital "Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia", 2010. Acta Méd Costarric [Internet]. 2012 [citado 24 Feb 2015];54(2). Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=43422619005>

8. Katz A. Adolescent pregnancy: the good, the bad and the promise. *Nurs Womens Health*. 2011;15(2).
9. Congote-Arango LM, Vélez-García MA, Restrepo-Orrego L, Cubides-Munévar Á, Cifuentes-Borrero R. Adolescencia como factor de riesgo para complicaciones maternas y perinatales en Cali, Colombia, 2002-2007: estudio de corte transversal. *Rev Colomb Obstet Ginecol* [Internet]. 2012 [citado 24 Feb 2015];63(2). Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0034-74342012000200004&script=sci_arttext&tIng=es
10. Lete Lasa I, de Pablo Lozano JL, Martínez Arévalo C, Parrilla Paricio JJ. Embarazo en la adolescencia. En: Ros R, Morandi T, Cozzetti E, Lewintal C, Cornella J, Surís J. *Manual de salud reproductiva en la adolescencia. Aspectos básicos y clínicos*. Madrid: SEGO; 2001. p.817-36.
11. Shuaib AA, Frass KA, Al-Harazi AH, Ghanem NS. Pregnancy outcomes of mothers aged 17 years or less. *Saudi Med J* [Internet]. 2011 [citado 24 Feb 2015]; 32(2). Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21301764>
12. López-Saiz LE, Rojo-Quiñonez AR, López-Saiz CM. Factores de Riesgo en la Terminación del embarazo por operación cesárea en mujeres atendidas en el Hospital Integral de la Mujer del Estado de Sonora. *Bol Clin Hosp Infant Edo Son* [Internet]. 2014 [citado 24 Feb 2015];31(2). Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/bolclinhosinfson/bis-2014/bis142f.pdf>
13. Mariño Membribes ER, Ávalos González MM, Baró Jiménez VG. Comportamiento del embarazo en la adolescencia en el policlínico "Aleida Fernández Chardiet." *Rev Cubana Med Gen Integr* [Internet]. 2011 [citado 24 Feb 2015];27(4). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21252011000400003&script=sci_arttext
14. Kurth F, Bélard S, Mombo-Ngoma G, Schuster K, Adegnika AA, Bouyou-Akotet MK, et al. Adolescence as risk factor for adverse pregnancy outcome in Central Africa—A Cross-Sectional study. *PLoS One* [Internet]. 2010 [citado 24 Feb 2015];5(12). Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3004789/>
15. Sipsma HL, Ickovics JR, Lewis JB, Ethier KA, Kershaw TS. Adolescent pregnancy desire and pregnancy incidence. *Womens Health Issues* [Internet]. 2011 [citado 24 Feb 2015];21(2). Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3052996/>
16. de Souza Santos MMA, Ribeiro Baião M, Cavalcante de Barros D, de Almeida Pinto A, La Marca Pedrosa P, Saunders C. Pre-pregnancy nutritional status, maternal weight gain, prenatal care, and adverse perinatal outcomes among adolescent mothers. *Rev Bras Epidemiol* [Internet]. 2012 [citado 24 Feb 2015];15(1). Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22450500>
17. Álvarez Gómez CA, Ruíz Hernández M, Hernández Núñez J, Valdés Yong M. Factores influyentes en la depresión neonatal en Santa Cruz del Norte. *Rev Cienc Méd Hab* [Internet]. 2014 [citado 24 Feb 2015];20(3). Disponible en: <http://revcmhabana.sld.cu/index.php/rcmh/article/view/662/1113>
18. Caraballo La Riva L. Estado nutricional y complicaciones inmediatas en neonatos de madres adolescentes. *Arch Venez Pueric Pediatr* [Internet]. 2008

- [citado 24 Feb 2015];71(2). Disponible en:
<http://www2.scielo.org.ve/pdf/avpp/v71n2/art02.pdf>
19. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Vital signs: teen pregnancy-United States, 1991-2009. MMWR Morb Mortal Wkly Rep [Internet]. 2011 [citado 24 Feb 2015];60(13). Disponible en:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21471949>
20. Mutihir JT, Utoo BT. Postpartum maternal morbidity in Jos, North-Central Nigeria. Niger J Clin Pract [Internet]. 2011 [citado 24 Feb 2015];14(1). Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21493990>

Recibido: 17 de enero del 2015.

Aprobado: 6 de abril del 2015.

Lic. Dunia Guerra Machado. Licenciada en Enfermería. Especialista de I Grado en Materno-Infantil. Máster en Atención Integral al Niño. Profesor Asistente. Policlínico-Hospital "Alberto Fernández Valdés". Santa Cruz del Norte, Facultad de Ciencias Médicas de Mayabeque, Cuba. Correo electrónico: gonzalezgutierrez@infomed.sld.cu