

---

# Morbilidad materna y perinatal en embarazadas adolescentes que culminaron su embarazo en la maternidad “Enrique C. Sotomayor”, Guayaquil – Ecuador.

## Maternal and perinatal morbidity in pregnant adolescents that finished their pregnancy in “Enrique C. Sotomayor” maternity hospital, Guayaquil – Ecuador.

SEGUNDA MEJOR TESIS DOCTORAL XXXIX PROMOCIÓN DE MÉDICOS, 2007 – 2008, FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS, UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL.

María Gabriela Vergara Saltos \*

---

### RESUMEN

**Tipo de estudio:** analítico, descriptivo, comparativo, prospectivo. **Objetivo:** determinar si la morbilidad materna y perinatal en embarazadas adolescentes, es mayor que en las no adolescentes. **Metodología:** se tomaron 450 pacientes al azar 150, de 10 a 19 años; 150 de 20 a 34 años; 150 mayores de 35 años. Se utilizará una hoja de recolección de datos que contenga variables dependientes e independientes de mayo a julio de 2007, en la unidad toco quirúrgica del hospital gineco-obstétrico “Enrique C Sotomayor”. **Resultados:** el 66% de gestantes adolescentes tuvo un nivel inadecuado de escolaridad; el 36,66% registró más de una pareja sexual; el 10,91% de las adolescentes registró un periodo intergenésico mayor de 2 años; el 43,33% de embarazadas adolescentes, se realizó más de 4 controles prenatales. Las hospitalizaciones por complicaciones durante el embarazo, fueron más frecuentes entre las adolescentes y menos frecuentes entre mujeres de 20 a 34 años. Con respecto a las complicaciones que se presentaron durante el embarazo, 10 de 18 complicaciones son más probables de ocurrir en adolescentes embarazadas. Todos los resultados adversos para cada una de las variables neonatales, se registraron con mayor frecuencia en los hijos de madres adolescentes. **Conclusión:** el embarazo adolescente se asocia en forma independiente con un incremento en la morbilidad materna y perinatal.

**Palabras clave:** Morbilidad materna. Morbilidad perinatal. Embarazo adolescente.

### SUMMARY

**Study type:** analytical, descriptive, comparative, prospective. **Objective:** to determine if maternal and perinatal morbidity in pregnant adolescents is higher than in non adolescents. **Methodology:** 450 patients were randomly taken, 150 from 0 to 19 years old; 150 from 20 to 34 years old; 150 older than 35 years old. A sheet for data collection with dependent and independent variables will be used from may to july/2007 in the Toco Surgical Unit of the “Enrique C Sotomayor” gyneco-obstetrical hospital. **Resultados:** 66% of pregnant adolescents has an inadequate schooling; 36.6% have more than one sexual partner; 10.91% had an intergenetic period longer than 2 years; 43.33% had more than 4 prenatal controls. Hospitalizations due to complications during pregnancy were more frequent among adolescents and less frequent among women from 20 to 34 years old. In regard to complications during pregnancy, 10 out of 18 complications are more likely to occur in pregnant adolescents. All adverse results for each one of the neonatal variables, were recorded mor frequently for children of adolescent mothers. **Conclusion:** adolescent pregnancy is associated in an independent form to an increase in maternal and perinatal morbidity.

**Key words:** Maternal morbidity. Perinatal morbidity. Adolescent pregnancy.

---

### Introducción

La Organización Mundial de la Salud ha definido la adolescencia como la etapa que va desde los 10 años a los 19. Se entiende por embarazo en la adolescencia a todo tipo de concepción ocurrida antes de los 20 años de edad<sup>7</sup>.

El embarazo a cualquier edad es un evento biopsicosocial de vital importancia, que en las adolescentes va acompañado de una serie de situaciones adversas que pueden atentar contra su salud como la de su hijo, por la diversidad de

enfermedades que se relacionan con el embarazo, y que en las adolescentes se acentúan más en relación con la mujer adulta<sup>1,2,3,4,29</sup>.

El embarazo en la adolescencia se ha considerado como un problema de salud en todo el mundo.

Los adolescentes conforman una parte importante dentro de la población mundial y representan entre el 20 y 25 % del número poblacional global por lo que cada vez aumenta más el número de embarazos en esta etapa de la vida, tanto en países desarrollados como subdesarrollados<sup>6,7,13,21</sup>.

Debido a la alta tasa de embarazo en adolescentes que conlleva riesgos tan altos de la salud, las complicaciones resultantes del embarazo en adolescentes son la causa principal de mortalidad en mujeres jóvenes entre los 15 y 19 años de edad en casi todas las regiones de América Latina y el Caribe<sup>7,13,29</sup>.

La combinación de factores físicos y psicosociales, además de un pobre control prenatal se relacionan con resultados maternos y neonatales adversos en los embarazos de las mujeres menores de 20 años; las adolescentes sufren más complicaciones que la mujer adulta, entre las que podemos citar la toxemia de la cual hay clara evidencia que se presenta con mayor frecuencia en la adolescencia que en cualquier otra edad.

Son más proclives también a los partos pretérmino, que pueden llevar incluso a la muerte, o a recién nacidos de bajo peso, prematuridad<sup>10</sup> traumas obstétricos por la posible estrechez de la pelvis y un riesgo elevado de muerte prenatal en el transcurso del primer año de vida<sup>2</sup>. Además en la embarazada adolescente se suma el riesgo nutricional, pues se añaden a las necesidades normales de su crecimiento, las del feto que engendra<sup>5,8,15,27,28</sup>.

Por todo lo expuesto la presente investigación pretende comparar variables biológicas, perinatales y sociales entre madres adolescentes y no adolescentes para determinar si existe o no realmente mayor morbilidad en las embarazadas adolescentes y sus hijos que en las que no lo son, para definir entonces a la gestante adolescente como una paciente especial desde el punto de vista biopsicosocial y que, por tanto, requerirá de atención especializada por un equipo multidisciplinario, haciendo particular énfasis en la prevención de las complicaciones antes mencionadas y el manejo adecuado de los problemas que se presenten durante su seguimiento.

### **Objetivo general**

Determinar si la morbilidad materna y perinatal en embarazadas adolescentes, es mayor que en las no adolescentes.

### **Objetivos específicos**

Identificar las causas principales de morbilidad materna en la embarazada adolescente.

Determinar cuáles son las complicaciones perinatales más frecuente en las embarazadas adolescentes.

Relacionar y comparar la morbilidad materna y perinatal entre la embarazada adolescente y la no adolescente.

### **Metodología**

Es un estudio analítico, descriptivo, comparativo, prospectivo que se realizó de mayo a julio de 2007 en la unidad toco quirúrgica del hospital gineco-obstétrico "Enrique C Sotomayor" de Guayaquil – Ecuador; donde se tomaron 450 pacientes al azar; 150, de 10 a 19 años; 150, de 20 a 34 años; 150, mayores de 35 años. Se utilizó una hoja de recolección de datos con variables dependientes e independientes.

La descripción de la muestra se realizó utilizando una distribución de clases mediante el empleo de la regla de Sturges. La medición de los valores de las variables se efectuó usando medidas de dispersión central: media, moda, desviación Standard. Además con el fin de conocer el comportamiento de las variables de manera simultánea, se realizó un análisis multivariado, determinando de esta forma las relaciones e interrelaciones existentes entre las variables y características inherentes al estudio. Las técnicas multivariadas empleadas fueron: análisis de varianza, correlación y distribuciones conjuntas utilizando el software SPSS 16.0 y Minitab13.0.

### **Criterios de inclusión / exclusión**

Mujeres de todas las edades

Embarazo mayor a 20 semanas.

Producto único vivo.

Que ingresen al área toco quirúrgico para la finalización de su embarazo.

### **Criterios de exclusión**

Mujeres que no den su consentimiento

Embarazos < 20 semanas

Pacientes que no finalicen su embarazo en el área toco quirúrgica.

**VARIABLES**

Se utilizarán variables como:

**Condiciones socio demográficas:** edad, procedencia, instrucción escolaridad, adecuada cuando el grado escolar correspondió a la edad cronológica de la participante e inadecuada cuando no; estado civil, inicio de la actividad sexual, número de compañeros sexuales.

**Antecedentes obstétricos:** gestaciones: forma de terminación del último embarazo, edad de la menarquia, período intergenésico, tiempo comprendido entre la interrupción de un embarazo y el inicio de otro, no valorable, cuando se trata de primigestas.

**Del embarazo actual:** número de controles prenatales (suficiente 4 o +, insuficiente 3 o -), hospitalizaciones durante el embarazo, diagnóstico de ingreso, forma de culminación del embarazo actual, morbilidad materna (presencia de cualquier complicación de la gestación), de mortalidad materna (deceso de la participante como resultado de cualquier complicación de la gestación).

**Del neonato:** peso del RN (bajo peso < 2500g peso insuficiente 2500 a 2999g, y peso adecuado 3000g o más).

Edad gestacional al nacer según lo cual se clasificará al recién nacido en:

- . RNT (Recién nacido de término): nacidos entre 37 y 41 semanas de gestación.
- . RNPR (Recién nacido pretérmino): nacidos con menos de 37 semanas de gestación.
- . RNPT (Recién nacido postérmino): nacidos con más 41 semanas de gestación.

Se clasificará a los niños como adecuados, pequeños o grandes para la edad gestacional.

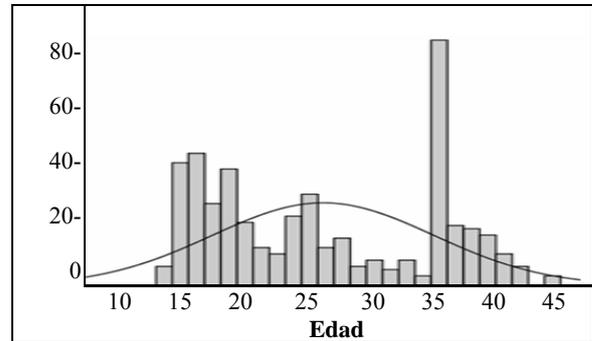
Ápgar al minuto y a los 5 minutos.

Mortalidad perinatal, es decir deceso del producto, de 28 semanas de vida intrauterina 0 menos de 7 días posnatales, como resultado de cualquier complicación de la gestación.

**Resultados**

La muestra está conformada por 450 pacientes. La media de edad del grupo de gestantes es 26,64 ± 0.40. La edad que más se repite es 35. La desviación estándar es 8,55. Existe al menos una gestante cuya edad es 14. La máxima edad registrada fue 45 años de edad. Cuadro 1 y 2.

**Cuadro 1**  
**Morbilidad materna y perinatal en embarazadas adolescentes**



**Estadísticas descriptivas**

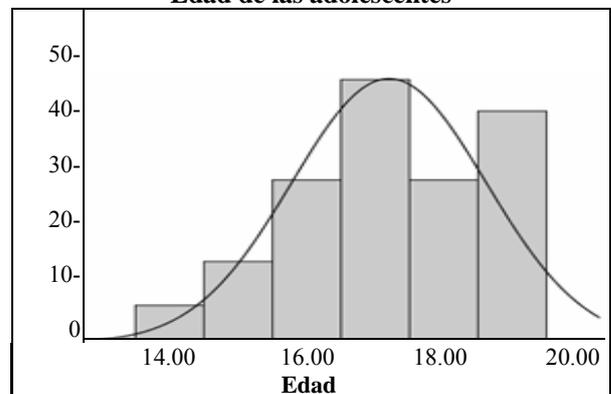
Media	26,64
Mediana	25
Moda	35
Varianza	73,11
Desviación estándar	8,55
Error estándar	0,40
Mínimo	14
Máximo	45

**Tabla frecuencias**

Grupo etario	No.	Porcentaje
Menor a 20 años	150	33,33%
Entre 20 y 34 años	150	33,33%
Mayor a 34 años	150	33,33%
<b>Total general</b>	<b>450</b>	<b>100,00%</b>

Fuente: hospital gineco-obstétrico “Enrique C Sotomayor”, mayo – julio 2007.

**Cuadro 2**  
**Edad de las adolescentes**



**Estadísticas descriptivas**

Media	17,20
Mediana	17,00
Moda	17
Varianza	1,99
Desviación estándar	1,41
Mínimo	14
máximo	19
Error estándar	0,12

**Tabla de frecuencia**

Grupo etario	No. casos	Porcentaje
Menor o igual a 16	45	30,00%
Entre 17 y 19	105	70,00%
<b>Total general</b>	<b>150</b>	<b>100,00%</b>

Fuente: hospital gineco-obstétrico “Enrique C Sotomayor”, mayo – julio 2007.

Considerando el nivel de escolaridad, la mayoría de las gestantes posee un nivel inadecuado de educación, tan solo el 34% de las adolescentes tiene un nivel adecuado de escolaridad en concordancia con la literatura revisada<sup>21,23</sup>.

Pese a esto cabe recalcar que considerando a todas las gestantes que tuvieron un nivel adecuado de instrucción, las adolescentes ocupan el primer lugar en ocurrencia.

Para todas las edades es más frecuente la unión libre, aún más si se trata de adolescentes. De las mujeres con más de una pareja sexual, el mayor porcentaje lo tienen las de 34 años seguidas de las adolescentes. Cuadro 3.

**Cuadro 3**  
**Características sociodemográficas por grupos etarios**

Características sociodemográficas		Grupo etario de la gestante					
		Menor de 20 años		De 20 a 34 años		Mayor de 34 años	
		No. casos	%	No. casos	%	No. casos	%
Procedencia	Urbana	42	28,00	51	34,00	36	24,00
	Rural	50	33,33	73	48,67	73	48,67
	Marginal	58	38,67	26	17,33	41	27,33
Instrucción	Adecuada	51	34,00	22	14,67	25	16,67
	Inadecuada	99	66,00	128	85,33	125	83,33
Estado civil	Unión libre	100	66,67	94	62,67	91	60,67
	Casada	15	10,00	48	32,00	52	34,67
	Soltera	35	23,33	8	5,33	7	4,67
No compañeros sexuales	1	95	63,33	106	70,67	91	60,67
	2	44	29,33	42	28,00	43	28,67
	3 o más	11	7,33	2	1,33	16	10,67

**Fuente:** hospital gineco-obstétrico "Enrique C Sotomayor", mayo – julio 2007.

De los antecedentes obstétricos de las gestantes en estudio, encontramos que el 63.33% de las mujeres con edades menores a 20 años son primigestas, que es más común entre las mujeres de 20 y 34 años 1 o 2 embarazos previos, mientras que en las mujeres mayores a 34 años se observó en mayor frecuencia 3 o más gestas anteriores.

El período intergenésico fue más corto mientras menor fue la edad materna. Considerando todos los grupos etarios las adolescentes tuvieron mayor porcentaje de abortos previos que el resto de las gestantes en estudio. Cuadro 4.

**Cuadro 4**  
**Antecedentes obstétricos por grupos etarios**

Antecedente	Valor	Grupo etario de la gestante					
		Menor de 20 años		De 20 a 34 años		Mayor de 34 años	
		No. casos	%	No. casos	%	No. casos	%
Paridad	0	95	63,33	26	17,33	6	4,00
	1	38	25,33	44	29,33	11	7,33
	2	13	8,67	40	26,67	40	26,67
	3	4	2,67	25	16,67	42	28,00
	>3		0,00	15	10,00	51	34,00
Menarquía	<13	117	78,00	100	66,67	108	72,00
	[14-16]	33	22,00	49	32,67	41	27,33
	>16	-	-	1	0,67	1	0,67
Período Intergenésico (meses)	6 a 12	17	30,91	23	18,55	13	9,03
	12 a 24	32	58,18	53	42,74	49	34,03
	Más de 24	6	10,91	48	38,71	82	56,94
Terminación Último Embarazo	Parto	18	32,73	18	14,52	17	11,81
	Cesárea	12	21,82	56	45,16	73	50,69
	Aborto	25	45,45	50	40,32	54	37,50

**Fuente:** hospital gineco-obstétrico "Enrique C Sotomayor", mayo – julio 2007.

Mientras mayor fue la edad de la paciente, mayor fue el número de controles prenatales realizados. En este estudio se encontró que las hospitalizaciones por complicaciones durante el embarazo fueron más frecuentes en las madres adolescentes. El grupo etario que tuvo menos hospitalizaciones por complicaciones durante su embarazo, fueron las madres entre los 20 y 34 años lo que concuerda con la mayoría de la literatura revisada, que además considera a esta edad como la ideal para la procreación por el menor riesgo de complicaciones. Cuadro 5.

**Cuadro 5**  
**Características obstétricas del embarazo actual por grupos etarios**

Características obstétricas	Valor	Grupo etario de la gestante					
		Menor de 20 años		De 20 a 34 años		Mayor de 34 años	
		No. casos	%	No. casos	%	No. casos	%
No. de controles	Ninguno	6	4,00	1	0,67	3	2,00
	Menos de 3	41	27,33	3	2,00	1	0,67
	Al menos 4	38	25,33	12	8,00	4	2,67
	Más de 4	65	43,33	134	89,33	142	94,67
Hospitalizaciones	Si	33	22,00	13	8,67	24	16,00
	No	117	78,00	137	91,33	126	84,00
Terminación embarazo actual	Cesárea	84	56,00	96	64,00	76	50,67
	Parto	66	44,00	54	36,00	74	49,33

**Fuente:** hospital gineco-obstétrico "Enrique C. Sotomayor", mayo – julio 2007.

Existe mayor probabilidad de presentar complicaciones durante el embarazo, si la madre es menor de 20 años<sup>1,2,3,4</sup>, con respecto a las complicaciones que se registraron en el estudio, existen 10 de estas 18 complicaciones que son más probables de ocurrir en mujeres adolescentes. Por ejemplo de cada 10 embarazadas adolescentes, 5 pueden presentar anemia, 4 pueden presentar preeclampsia. Cuadro 6.

**Cuadro 6**  
**Probabilidad de ocurrencia de las complicaciones en el embarazo según el grupo etario**

Complicaciones	Grupo etario de la gestante		
	Menor de 20 años	De 20 a 34 años	Mayor de 34 años
Anemia	0,517	0,262	0,221
Infección de las vías urinarias	0,475	0,198	0,327
Ruptura prematura de membranas	0,398	0,422	0,181
Distocia presentación	0,333	0,222	0,444
Trabajo de parto prematuro	0,494	0,316	0,190
Oligohidramnios	0,449	0,377	0,174
Infecciones de transmisión sexual	0,333	0,398	0,269
Sufrimiento fetal	0,480	0,220	0,300
Complicaciones	Menor de 20 años	De 20 a 34 años	Mayor de 34 años
Desproporción cefalopélvica	0,771	0,229	0,00
Preeclampsia	0,432	0,162	0,405
Hipertensión inducida por el embarazo	0,176	0,176	0,647
Distocia funicular	0,364	0,273	0,364
Eclampsia	0,250	0,583	0,167
Amenaza de aborto	0,500	0,333	0,167
Desprendimiento prematuro de placenta	0,000	0,333	0,667
Placenta previa sangrante	0,000	0,750	0,250
Diabetes mellitus gestacional	0,000	0,500	0,500
Amenaza parto pretérmino	0,500	0,167	0,333

**Fuente:** hospital gineco-obstétrico “Enrique C. Sotomayor”, mayo – julio 2007.

Al comparar estos dos grupos, vemos que existe más probabilidad de ocurrencia de estas complicaciones en las mujeres entre 17 y 19 años, esta probabilidad puede ir acompañada de la probabilidad de que los embarazos ocurren con mayor frecuencia en el grupo de adolescentes entre 17 y 19 años que en las adolescentes menores a 16, en este estudio. Sin embargo también podemos observar que con respecto a la amenaza de aborto, como se mencionaba anteriormente, es más probable que ocurra cuando más joven es la madre, la probabilidad de que una adolescente menor a los 16 años tenga una

amenaza de aborto es 0.750 frente a la probabilidad de 0.250 de que sea una adolescente con edades entre los 17 y 19 años. Cuadro 7.

**Cuadro 7**  
**Probabilidad de ocurrencia de las complicaciones en el embarazo en adolescente**

Complicaciones	Grupo etario de la gestante	
	Entre 14 y 16 años	Entre 17 y 19 años
Infección de las vías urinarias	0,222	0,778
Ruptura prematura de membranas	0,188	0,813
Trabajo de parto prematuro	0,231	0,769
Oligohidramnios	0,258	0,742
Infecciones de transmisión sexual	0,444	0,556
Sufrimiento fetal	0,292	0,708
Preeclampsia	0,188	0,813
Eclampsia	0,167	0,833
Distocia presentación	0,364	0,636
Distocia funicular	0,000	1,000
Desproporción cefalopélvica	0,243	0,757
Desprendimiento prematuro de placenta	0,000	1,000
Placenta previa sangrante	0,000	1,000
Anemia	0,267	0,733
Amenaza de aborto	0,750	0,250

**Fuente:** hospital gineco-obstétrico “Enrique C. Sotomayor”, mayo – julio 2007.

Todos los resultados adversos de cada una de las variables neonatales se registraron con mayor frecuencia en los hijos de madres adolescentes<sup>18,26,27</sup>. Cuadro 8.

**Cuadro 8**  
**Probabilidad de morbilidad perinatal según el grupo etario de la gestante**

Característica neonatal	Grupo etario de la gestante			
	Menor de 20 años	De 20 a 34 años	Mayor de 34 años	
Peso	Adecuado	0,269	0,310	0,421
	Insuficiente	0,341	0,409	0,250
	Bajo peso	0,523	0,277	0,200
	Muy bajo peso	0,545	0,273	0,182
Edad gestacional	RNPR	0,467	0,333	0,200
	RNT	0,307	0,333	0,360
Ballard	AEG	0,277	0,363	0,360
	PEG	0,612	0,165	0,224
	GEG	0,111	0,556	0,333
Mortalidad	Si	0,667	0,111	0,222
	No	0,327	0,338	0,336
Apgar <sup>x1</sup>	UCI	0,600	0,000	0,400
	Atención inmediata	0,553	0,224	0,224
	normal	0,278	0,364	0,358

**Fuente:** hospital gineco-obstétrico “Enrique C. Sotomayor”, mayo – julio 2007.

Con respecto al peso del neonato, se observa que mientras mayor sea la edad de la paciente mayor va a ser el peso del neonato; es decir, es más probable que un niño nazca con peso adecuado dado que su madre tiene edades mayores a 34 años que si la madre es adolescente. La probabilidad de que un niño nazca con bajo peso dado que su madre es adolescente, es 0.523, y la probabilidad de que el niño nazca con muy bajo peso, dado que su madre es adolescente, es 0.545. Cuadro 8.

No existe mayor probabilidad de mejores resultados para cada una de las variables neonatales en los hijos de madres adolescentes en relación a un periodo intergenésico más prolongado. Cuadro 9.

**Cuadro 9**  
Probabilidad de morbilidad perinatal en embarazos adolescentes según el período intergenésico

Características del neonato	Valor	6 a 12 meses	12 a 24 meses	Más de 24 meses
Peso	Adecuado	-	-	0,018
	Insuficiente	0,073	0,127	0,018
	Bajo peso	0,055	0,182	0,036
	Muy bajo peso	0,182	0,273	0,036
Edad gestacional	RNPR	0,073	0,109	0,055
	RNT	0,236	0,473	0,055
Ballard	AEG	0,218	0,455	0,036
	PEG	0,091	0,109	0,073
	GEG	-	0,018	-
Mortalidad	Si	0,018	0,018	0,018
	No	0,291	0,564	0,091
Apgar <sup>x1</sup>	UCI	0,018	-	-
	Atención inmediata	0,109	0,182	0,056
	normal	0,182	0,400	0,056

Fuente: hospital gineco-obstétrico "Enrique C. Sotomayor", mayo – julio 2007.

Los resultados favorables para los neonatos de madres adolescentes son más probables mientras mayor sea el número de controles prenatales realizados. Cuadro 10 y 11. En este estudio se encontró que existe una estrecha relación entre la morbilidad materna y la morbilidad neonatal, vemos que el 100% de los casos donde el neonato resultó pequeño para su edad gestacional y nació con muy bajo peso, corresponde a madres adolescentes y no adolescentes que si presentaron complicaciones, siendo mucho mayor la probabilidad en hijos de madres que si eran adolescentes.

**Cuadro 10**  
Probabilidad de ocurrencia de ciertas características del neonato según los controles prenatales

Características del neonato	Valor	Ninguno	Menos de 3	Al menos 4	Más de 4
Peso	Adecuado	0,013	0,120	0,087	0,213
	Insuficiente	0,013	0,093	0,087	0,107
	Bajo peso	0,007	0,053	0,067	0,100
	Muy bajo peso	0,007	0,007	0,013	0,013
Edad gestacional	RNPR	0,013	0,053	0,053	0,113
	RNT	0,027	0,220	0,200	0,320
Ballard	AEG	0,027	0,180	0,140	0,293
	PEG	0,013	0,093	0,107	0,133
	GEG	0,000	0,000	0,007	0,007
Mortalidad	Si	0,000	0,000	0,027	0,007
	No	0,033	0,273	0,227	0,427
Apgar <sup>x1</sup>	UCI	0,007	0,007	0,007	0,000
	Atención inmediata	0,013	0,060	0,100	0,140
	normal	0,020	0,207	0,147	0,293

Fuente: hospital gineco-obstétrico "Enrique C. Sotomayor", mayo – julio 2007.

**Cuadro 11**  
Frecuencia de la morbilidad perinatal en madres que presentaron complicaciones

Complicaciones neonatales	Complicaciones en la madre	
	Si	No
Muerte neonatal	88,89%	11,11%
PEG	100,00%	0,00%
Muy bajo peso	100,00%	0,00%
Bajo peso	92,31%	7,69%
Apgar <sup>x1</sup>	80,00%	20,00%
Apgar <sup>x1</sup> atención inmediata	84,71%	15,29%
RNPR	98,67%	1,33%

Complicaciones neonatales	Grupo etario de la gestante		
	Menor de 20 años	De 20 a 34 años	Mayor de 34 años
Muerte neonatal	62,50%	12,50%	25,00%
PEG	61,18%	16,47%	22,35%
Muy bajo peso	54,55%	27,27%	18,18%
Bajo peso	53,33%	30,00%	16,67%
UCI	50,00%	0,00%	50,00%
Atención inmediata	56,94%	26,39%	16,67%
RNPR	45,95%	33,78%	20,27%

Fuente: hospital gineco-obstétrico "Enrique C. Sotomayor", mayo – julio 2007.

El 88.89% de los casos de muerte neonatal se han producido en madres que presentaron complicaciones durante el embarazo. Las causas de muerte en neonatos de madres adolescentes fueron las siguientes:

Enfermedad de membrana hialina, con 3 casos; gastrosquisis, encefalocele, encefalopatía hipóxica isquémica, cada una con un caso, respectivamente. Solo se registró un caso de muerte neonatal en mujeres entre los 20 y 34 años, a causa de una cardiopatía congénita. En mujeres mayores de 34 años se registraron 2 casos de muerte neonatal a causa de anencefalia y síndrome de membrana hialina.

## Discusión

La maternidad adolescente, cuyo número viene aumentando con rapidez en los últimos años, constituye una de las preocupaciones médicas más importantes relacionadas con la conducta sexual de los jóvenes a nivel mundial sin que nuestro país sea la excepción<sup>6,7,13</sup>.

Entre las razones que explican el incremento de los embarazos en edades tan tempranas están el crecimiento de la población sexualmente activa sin que esto se acompañe de un aumento en el uso de métodos anticonceptivos adecuados y el inicio cada vez más precoz de la actividad sexual<sup>6,15,18,20,21</sup>, es además un problema de salud pública importante, debido a que básicamente son las condiciones socioculturales las que han determinado un aumento considerable en su prevalencia, en este trabajo la realidad socioeconómica de todas las madres estudiadas presentó gran similitud. El embarazo a cualquier edad constituye un hecho biopsicosocial muy importante, pero en la adolescencia se presentan una serie de situaciones adversas que pueden atentar contra la vida y la salud de la madre y de su hijo. En este estudio se encontró que las hospitalizaciones por complicaciones durante el embarazo fueron más frecuentes en las madres adolescentes, existe mayor probabilidad de presentar complicaciones durante el embarazo, si la madre es menor de 20 años<sup>12,19,22</sup>, además se encontró que existe una estrecha relación entre la morbilidad materna y la morbilidad neonatal.

El 100% de los casos donde el neonato resultó pequeño para su edad gestacional y nació con muy bajo peso, corresponde a madres adolescentes y no adolescentes que si presentaron complicaciones siendo mucho mayor la probabilidad en hijos de madres que si eran adolescentes con lo que casi todos los autores coinciden<sup>8,9,15,27</sup>.

Al analizar los resultados obtenidos en este estudio, se observa que los mayores índices de recién nacidos prematuros, bajo peso y muy bajo peso al nacer, provienen de madres adolescentes<sup>28</sup>.

El 88.89% de los casos de muerte neonatal se han producido en madres que presentaron complicaciones durante el embarazo<sup>10</sup>.

Algunos autores concluyen que las adolescentes embarazadas que reciben un adecuado control prenatal no presentarían mayor riesgo obstétrico que una embarazada adulta<sup>11</sup> solo el 43.33% de embarazadas adolescentes en este estudio registraron más de cuatro controles, mediante tablas probabilísticas, quedo bien demostrado que la morbilidad neonatal en las embarazadas adolescentes disminuye considerablemente, mientras mayor es el número de controles prenatales realizados.

El 89.09% de mujeres adolescentes tuvo un periodo intergenésico menor a dos años, siendo entre ellas más frecuente un periodo intergenésico entre 1 y 2 años lo que concuerda con la literatura revisada<sup>30</sup>.

Cabe recalcar que no existió mayor probabilidad de mejores resultados para cada una de las variables neonatales en los hijos de madres adolescentes en relación a un periodo intergenésico más prolongado.

Otras investigaciones han determinado que el riesgo obstétrico en las adolescentes es mayor mientras menor es la edad de la madre, siendo el grupo de mayor riesgo las adolescentes entre 10 y 15 años por lo que es necesario plantear la posibilidad de desarrollar estudios futuros en el grupo de mayor riesgo de embarazadas menores de 16 años, ya que la mayor concentración de la población de gestantes adolescentes en nuestro estudio estuvo comprendida entre los 17 y 19 años de edad (70%).

## Conclusión

Las relaciones entre variables planteadas demuestran que las embarazadas adolescentes tienen una fuerte tendencia a no controlarse el embarazo y a presentar mayor morbilidad para ellas y sus recién nacidos.

### Recomendaciones

Las diferentes casas de salud deberían estructurar programas orientados a mejorar y fortalecer el nivel de educación de las adolescentes a fin de retrasar la edad al momento de la primera relación sexual y unión legal o de hecho, ya que éstas son variables demográficas que pueden influir significativamente en la reducción de la fecundidad en este grupo etario.

El embarazo en la adolescente es un fenómeno prevenible, y cuando no es posible su prevención éste constituye una situación condicionante de alto riesgo obstétrico y perinatal por lo que la gestante adolescente requerirá atención especializada por un equipo multidisciplinario, haciendo particular énfasis en la prevención de las complicaciones antes mencionadas.

Instruir a las mujeres adolescentes acerca de la importancia que tienen los controles prenatales para evitar complicaciones maternas y neonatales.

### Referencias bibliográficas

1. Suárez R, González S. Riesgos del embarazo en la adolescencia. Rev. Cub Gin Obst; 22 (1): 45-52, 1996.
2. Martínez R y Col. Morbilidad de la Adolescente embarazada. Ginec obst Mex; 70: 320-27, 2002.
3. Díaz Angélica, Sanhuesa Pablo: Riesgos Obstétricos en el embarazo adolescente, Estudio comparativo de resultados obstétricos y perinatales con mujeres adultas. Rev. Chilena de Obstetricia y Ginecología; 67(6): 481-487, 2002.
4. Vázquez A, Guerra C, Herrera V, De la Cruz Chávez F, Almirall A. Embarazo y adolescencia: factores biológicos materno y perinatal más frecuentes. Rev. Cubana Obstet Ginecol; 27(2):158-64, 2001.
5. Peláez MJ, Silva LN, Sarmiento BJ, Martínez CB. Adolescente embarazada con riesgo nutricional: importancia de la identificación de predictores antropométricos su importancia. La Habana- Cuba, SOCUDEF: 65-72,1996.
6. Encuesta Demográfica Materno Infantil del Ecuador. [www.cepar.org.ec](http://www.cepar.org.ec), 2004
7. Organización Panamericana de la Salud. Fecundidad en la adolescencia, causas, riesgos y opciones. Washington: OPS, (Cuaderno técnico No. 12). 1998.
8. Ibarra Colado Javier: Mortalidad perinatal, prematurez y bajo peso al nacimiento en el embarazo de la mujer adolescente en un hospital general. Boletín Médico del hospital Infantil de México, DF – México v.50 n.11, 2002.
9. Schwarcz, R; Diaz, G; Dascina, R; Diaz Rosello, JL. Bajo peso al nacer y mortalidad perinatal en Maternidades de Latinoamérica. Publicación Científica; 461,105-17, 1984.
10. Echeverría E, Sauri P: Mortalidad perinatal en un hospital regional de 3er. nivel. Boletín Médico Hospital Infantil México 51: 765-769, 1991.
11. Auchter, M. et al: "Maternidad adolescente estudio comparativo con madres de más edad Centro Maternoneonatal, ciudad de Corrientes". 1º Congreso de la Facultad de Medicina. Universidad Nacional del Nordeste, p1, Agosto 2003.
12. M, Silber Tomás J. Manual de medicina de la adolescencia. EEUU: Publicación de la organización panamericana de la salud, 473-518, 1992.
13. Estado Mundial de Población 2005.
14. Romero MI, Maddaleno M, Silber Tomás J. Manual de medicina de la adolescencia. EEUU: Publicación de la organización panamericana de la salud, 473-518, 1992.
15. Fernández LS, Carro Puig E, Osés Ferrera D, Pérez Piñero J. Caracterización de la gestante adolescente. RCOG; 30(2), 2004.
16. Ortigoza Corona E, Padilla Yasso PY, López Ortiz R. Necesidades educativas en salud perinatal en madres de adolescentes embarazadas. Ginecol y obstet Mex. 70(1):28-35, 2002.

17. Molina R., Sandoval J., Luengo X.: "Salud sexual y reproductiva del adolescente" Obstetricia y Perinatología EFACIM-EDUNA, Asunción- Paraguay. Cap. 8, 2ª Edición, 2000.
  18. Ávila-Vergara MA, Morgan-Ortíz F. Condiciones Perinatales en recién nacidos de madres adolescentes del estado de Sinaloa, México. Ginec Obst Mex; 65:159, 1997.
  19. Valdés Dacal S, Essien J, Bardales Mitac J, Saavedra Moredo D: Embarazo en la adolescencia. Incidencia, riesgos y complicaciones. RCOG 28(2). 2005.
  20. Balestena Sánchez JM, Balestena Sánchez SG. Impacto de la menarquía en los resultados maternos perinatales en la adolescencia. RCOG. La Habana-Cuba 31(1). 2005.
  21. Satin A, Leveno K, Sherman L, Reedy N, Lowe T, and McIntire D: Maternal youth and pregnancy outcomes: Middle school versus high school age groups compared with women beyond the teen years. Am J Obstet Gynecol; 171(1):184-7.1994.
  22. 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. 115:24-25. 2002.
  23. León Carmona JC, Hernández Álvarez LA, 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. 70(7):320-327. 2002.
  24. 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 143:6-8 2005.
  25. Vázquez Niebla JC, Vázquez Cabrera J, Rodríguez P. Epidemiología de la rotura prematura de membrana en un hospital ginecobstétrico. Rev Cubana Obstet Ginecol. 29(2). 2003.
  26. 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. 125:1-6, 2001.
  27. Lezcano Silvina, Vallejo María: Caracterización del recién nacido en madres adolescentes. Revista de Posgrado de la VI Cátedra de Medicina; 149:6-8. 2005.
  28. Rodríguez Domínguez OL, Hernández Cabrera J, Reyes Pérez A. Bajo peso al nacer. Algunos factores asociados a la madre. RCOG; 31(1), 2005.
  29. Cruz E. Mortalidad materna y perinatal en adolescentes. Rev. Cubana Obstet Ginecol. La Habana-Cuba; 28(1):5-10, 2002.
  30. Recién Nacido de Madre Adolescente con Intervalo Intergenésico corto. Revista Ecuatoriana de Pediatría Vol. 5 No 2: 24 – 27.
- Dra. María Gabriela Vergara Saltos**  
**Teléfonos: 593-04-2213673; 099644426**  
**Correo electrónico: gabyvergara@hotmail.com**  
**Fecha de presentación: 01 de mayo de 2007**  
**Fecha de publicación: 30 de junio de 2008**  
**Traducido por: Dr. Gonzalo Clavijo.**

