

# EMBARAZO ADOLESCENTE ¿UNA POBLACIÓN DE RIESGO?

M. García Minuzzi<sup>a</sup>, M. Giorgetti<sup>a</sup>, M. González<sup>a</sup>, M. Sartori<sup>a</sup>, P. Rey<sup>b</sup>, J. Pomata<sup>b</sup>, J. Meritano<sup>b</sup>

## Resumen

La prevalencia del embarazo temprano ha aumentado significativamente en el mundo, siendo en nuestro país cercano a 14,6%. La mayoría de los trabajos publicados sobre adolescencia y embarazo presentan a este grupo de riesgo para resultados perinatales adversos. Respondiendo a esta problemática en el Hospital Materno Infantil Ramón Sardá se organizó un equipo de trabajo multidisciplinario para la atención de la adolescente embarazada y su hijo (PROAMA).

**Objetivo.** Comparar los resultados perinatales del embarazo adolescente bajo el seguimiento de un equipo multidisciplinario, con el de mujeres adultas de 21 a 34 años.

**Población.** Madres adolescentes de 16 años o menos que ingresaron a un programa de seguimiento del embarazo adolescente en el año 2005. Mujeres de 21 a 34 años que realizaron su seguimiento y parto en la Maternidad Sardá en el mismo período.

**Material y métodos.** Estudio retrospectivo, casos y controles. La unidad de análisis es la historia clínica (HC) de madres adolescentes integrantes del PROAMA ocurridos durante el año 2005 (caso) y la HC correspondiente al siguiente parto de mujer entre 21 y 34 años (control).

**Resultados.** En 2005 se produjeron en la Maternidad Sardá 7360 nacimientos, de los cuales 1435 (19,5%) pertenecieron a madres menores a 19 años. Ingresaron al PROAMA 420 adolescentes de 16 años o menos. Se estudiaron 380 madres que presentaron una edad promedio de 15 años y 5 meses, siendo primigestas el 82%. Las mujeres adolescentes presentan mayor porcentaje de primiparidad y menor número de cesáreas ( $p < 0.01$ ). No hubo diferencia en el peso y la edad gestacional entre ambos grupos (3205 g vs. 3225 g y 39,3 semanas vs. 39,1 semanas de edad gestacional respectivamente). La tasa de recién nacidos menores a 2500 g fueron similares en los dos grupos (8,8% vs. 8,1%), al igual que los de muy bajo peso (1,5% vs. 1,3%).

**Conclusiones.** Este estudio permite demostrar que las adolescentes y sus hijos con atención precoz y multidisciplinaria en cuidados perinatales no presentarían mayores riesgos que los descriptos para mujeres embarazadas adultas de igual medio socioeconómico y cultural.

## Introducción

Las estadísticas demuestran que el embarazo en las adolescentes se ha convertido en uno de los principales problemas de muchos países de Latinoamérica.<sup>1</sup>

La prevalencia del embarazo temprano ha aumentado significativamente en el mundo en los últimos tiempos, siendo en nuestro país de aproximadamente 14,6%.<sup>2</sup>

El término **adolescente** se emplea para denominar a las personas que han dejado de ser infantes pero que aún no alcanzan la edad adulta. Según la Organización Mundial de la Salud, incluye sujetos entre 10 y 19 años.

Es un período interpretado de forma diferente de acuerdo al contexto social, pero habitualmente todos lo contemplan como la etapa de transición entre la niñez y la edad adulta durante la cual se presenta la madurez sexual.

Representa un momento de grandes oportunidades y riesgos, y una etapa de alta vulnerabilidad. En el camino de conformarse como un ser mental, física y socialmente adulto, muchas veces aparece el embarazo, surgiendo una crisis que se superpone a la crisis propia de la adolescencia, desestabilizando un proyecto de vida en formación, y modificando la relación con el entorno, en especial con el grupo familiar.

La mayoría de los trabajos publicados sobre adolescencia y embarazo presentan a este grupo de riesgo para resultados perinatales adversos, ya que trae consecuencias socioculturales y psicológicas asociadas, con elevado costo personal, educativo, familiar y social.<sup>1,3,4,6</sup>

El embarazo adolescente es considerado actualmente un problema de salud pública ya que trae aparejado elevado riesgo de complicaciones durante el mismo y durante el parto cuando se asocia a menor nivel socioeconómico, a deserción escolar, a baja autoestima y a una pareja ausente o inestable. Estas condiciones pueden estar asociadas a su vez

a. Hospital General de Niños "Pedro de Elizalde".

b. Hospital Materno Infantil "Ramón Sardá".

con bajo peso al nacer, desnutrición temprana y aumento de la morbilidad materna, perinatal y neonatal, entre otros factores.<sup>7-9</sup>

Respondiendo a esta problemática se organizó en el Hospital Materno Infantil Ramón Sardá hace 20 años un equipo de trabajo multidisciplinario para la atención de la adolescente embarazada y su hijo, denominado PROAMA. Su propuesta es la atención y el acompañamiento vincular de estas jóvenes y su entorno.<sup>10</sup> Basándonos en el accionar de este programa realizamos este trabajo con el objeto de comparar a las adolescentes embarazadas con mujeres adultas de igual medio socioeconómico y cultural, para intentar demostrar que la edad materna en sí no es un factor de riesgo, sino que los riesgos asociados son debidos a factores socioculturales, a la falta de apoyo multidisciplinario y al déficit en las políticas sanitarias, que lleva a la adolescente embarazada a cursar este proceso en un contexto inadecuado, sin un marco de contención que evite riesgos la mayoría de las veces prevenibles.

**Hipótesis:** Las adolescentes y sus hijos con atención precoz y multidisciplinaria en el período perinatal no presentan mayores riesgos que los descritos para mujeres embarazadas adultas de igual medio socioeconómico y cultural.

**Objetivo primario:** comparar los resultados perinatales del embarazo adolescente bajo el seguimiento de un equipo multidisciplinario, con respecto a mujeres adultas de 21 a 34 años.

**Objetivo secundario:** Describir un programa materno-infantil multidisciplinario de atención y acompañamiento vincular de las jóvenes y su entorno.

## Materiales y Métodos

Diseño: Estudio de casos y controles.

## Población

### Criterios de inclusión

Madres adolescentes de 16 años o menos que ingresaron a un programa de seguimiento del embarazo adolescente (PROAMA) en el año 2005, en el Hospital Materno Infantil R. Sardá. Mujeres de 21 a 34 años que llevaron a cabo su control prenatal y parto en la Maternidad Sardá en el mismo periodo, con 5 o más controles durante su embarazo.

### Criterios de exclusión

Control prenatal fuera de la Maternidad Sardá. Haber abandonado el programa de seguimiento. Recién nacidos con síndromes genéticos o patología quirúrgica y fetos muertos.

### VARIABLES DE RESULTADO

Edad gestacional (EG), puntaje de Apgar al 5º

minuto, Peso al nacer (PN), Vía de finalización del embarazo, RN < 2500 g, RN < 1500 g y primigestas.

### Fuente de datos

Historias clínicas de pacientes que formen parte del programa de seguimiento del embarazo adolescente del Servicio de Adolescencia de la Maternidad Sardá. Historias clínicas de pacientes en seguimiento por Servicio de Obstetricia de la Maternidad Sardá. Libros de partos.

La unidad de análisis fue la historia clínica perinatal de partos de madres adolescentes integrantes del "Programa Asistencial para la madre adolescente" de la Maternidad Sardá, ocurridos durante el año 2005.

Se utilizaron para la recolección de la información los libros de partos del año 2005 de la Maternidad Sardá, buscando el número de Historia Clínica de cada paciente menor de 17 años (caso) y el número de HC correspondiente al siguiente parto de mujer entre 21 y 34 años (control). Se seleccionó dicho rango etario para el grupo control por ser considerado el embarazo en menores de 21 años y mayores de 35 de mayor riesgo.

Se evaluaron los datos registrados en la Historia Clínica y se eliminaron aquellos pacientes que no cumplían con los criterios de inclusión.

Durante el año 2005 se realizaron en la Maternidad Sardá 7360 partos, de los cuales el 19,5% fueron partos de embarazos adolescentes. Las variables a analizar y sus definiciones son:

• **Nivel de escolaridad:** primario y secundario completo e incompleto.

• **Estado civil:** Madre soltera, casada o bajo unión estable.

• **Gestas previas:** entendiéndose como todo embarazo previo.

• **Control prenatal:** a todo aquel realizado en Maternidad Sardá, con un mínimo de 5 controles.

• **Apgar < a 7:** se considera como deprimido al nacer al puntaje de Apgar menor a 7 al 5º minuto de vida.

• **Peso de nacimiento:** definiéndose como muy bajo peso al nacer (MBPN) a todo aquel < 1500 gramos. Bajo peso al nacer (BPN) al < 2500 gramos; y se considerará si el peso es adecuado (PAEG), pequeño (PEG) o grande (GEG) para la edad gestacional (EG) según la tabla de peso al nacimiento de la Maternidad Sardá.<sup>11</sup>

• **Edad gestacional:** se estimó en semanas según el Método de Capurro.

• **Vía de finalización del parto:** vaginal (espontáneo y forcipal) o cesárea.

### Tamaño muestral

En base a una media de bajo peso de 8% en mu-

eres adultas y 12% en mujeres adolescentes, con un diseño de equivalencia, un poder del 80% y un error alfa del 5%, se estimó incluir 380 casos y 760 controles (relación caso-control 1:2).

### Análisis estadístico

Los datos de las historias clínicas fueron volcados en una planilla Excel®. Para el análisis descriptivo se usaron la media (+DS) en el caso de distribución normal y las proporciones (%). Se utilizó el test de Student para la comparación de las medias. Para la contrastación de datos ordinales se empleó la prueba de chi cuadrado. Se calculó la razón de los productos cruzados (odd ratio, OR) y su intervalo de confianza al 95%. Diferencias a nivel  $p < 0,05$  (1 cola) se consideraran significativas. Para el análisis estadístico se utilizó el programa Epi Info 2002 y Stata.

El estudio fue aprobado por el Comité de Docencia e Investigación de la Maternidad Sardá.

### Resultados

En el año 2005 se produjeron en la Maternidad Sardá 7360 nacimientos de los cuales 1435 (19,5%) pertenecieron a madres menores a 19 años (adolescentes). Ingresaron al programa de atención de la madre adolescente (PROAMA) 420 adolescentes de 16 años o menos (29% de los embarazos < a 19 años).

Se estudiaron 380 madres (90,4%) que presentaron una edad promedio de 15 años y 5 meses, siendo primigestas el 82%. El 71% cursó la escuela secundaria y el 10% no terminaron la escuela primaria.

El 34% eran solteras al momento del embarazo, 32% con pareja estable y 15% estaban casadas, no obteniéndose datos en el 16% de las historias clínicas analizadas (Tabla 1).

Las madres adolescentes presentaron mayor porcentaje de primiparidad y menor número de finalización por cesáreas ( $p < 0,01$ ).

No encontramos diferencias significativas en el peso y la edad gestacional de los recién nacidos (3205 gramos vs. 3225 gramos y 39,3 semanas vs. 39,1 semanas de edad gestacional).

La proporción de recién nacidos menores a 2500 gramos fueron similares en ambos grupos (8,8% vs. 8,4%), al igual que los recién nacidos de muy bajo peso (1,5% vs. 1,3%) (Tabla 2).

El programa asistencial para la madre adolescente (PROAMA) está conformado por diversos especialistas, ya que se hace necesario el abordaje interdisciplinario. Intervienen médicos Obstetras, Ginecólogos, Neonatólogos, Pediatras, especialistas Obstétricos, especialistas en Trabajo Social, Psicólogos, Odontólogos y Lic. en Nutrición.<sup>2</sup>

Las madres adolescentes que acuden a este programa presentan una problemática social, familiar y

de pareja que requiere intervenciones planificadas y comprometidas que brinden posibles soluciones o respuestas a las necesidades que las jóvenes plantean.

La selección de las intervenciones se realizan teniendo en cuenta tanto la situación de la paciente como las posibilidades de la institución, llevando a cabo en la práctica cotidiana intervenciones directas e indirectas.

El PROAMA distribuye guías y recomendaciones claras para el seguimiento de la adolescente embarazada y su hijo, llevando a cabo medidas eficaces y simples como la atención calificada durante el embarazo, parto, puerperio y seguimiento del niño.

El programa se organiza a través del control prenatal con entrevistas programadas que garanticen la inclusión y continuidad de la atención de la embarazada, incluyendo capacidades personales como las posibilidades de la inserción laboral o escolar y la prevención de futuros embarazos no deseados.

El primer control debe llevarse a cabo lo más precozmente posible para confirmar el embarazo y permitir realizar las intervenciones necesarias tanto de prevención como de recuperación de la salud, confeccionando una historia clínica completa que incluya factores de riesgo biopsicosociales.

Se realizan, de ser necesarias, interconsultas con otras disciplinas en las que se incluye siempre el Servicio Social.

Existen dentro del programa tareas de prevención, como charlas en sala de espera y cursos de preparación para la maternidad/paternidad.<sup>2,5,6</sup>

La periodicidad de los controles se programa en aquellos embarazos menores de 28 semanas de EG cada 4 semanas, entre 29-33 semanas de EG cada 3 semanas y de 34-36 semanas de EG cada 2 semanas, de 37-40 cada 1 semana y luego de la semana 41 se internara, adecuando este esquema según cada paciente. El total de consultas no debe ser menor a 8.2.

**Tabla 1:** Características de embarazadas adolescentes

Edad (media)	15 años 5 meses
Escuela primaria	10%
Escuela secundaria	71%
Casadas	15%
Unión estable	32%
Solteras	34%
Primigestas	82%
Cesáreas	12%
Parto espontáneo	88%
Instrumental	10%

El programa se asegura que la atención del parto sea realizada por un profesional con sensibilidad y experiencia en adolescencia y en lo posible acompañado por su pareja y/o familiar.

Los diez pasos para al atención de la adolescente embarazada y su hijo según el PROAMA son:<sup>2</sup>

- Tener una guía de atención.
- Entrenar a todo el personal.
- Enfocar la atención en forma interdisciplinaria para brindar calidad y proyecto de vida al adolescente, su hijo y su entorno familiar.
- Tener un espacio físico adecuado para la atención personalizada.
- Garantizar la atención por profesionales que puedan acercarse a la problemática sin prejuicios y con buena actitud de escucha.
- Realizar educación continua para la adolescente, su pareja y su familia.
- Fomentar la lactancia materna.
- Fomentar el vínculo madre-padre-hijo y con su familia de origen.
- Promover grupos de apoyo, acciones de prevención primaria y secundaria, interrelacionadas con los sectores de educación, salud y acción social.
- Orientar a planificar nuevos embarazos.

## Discusión

En nuestro estudio encontramos una prevalencia 19,5% de embarazo adolescente, mayor que la descrita para la totalidad del país que es de 14,6%,<sup>25-21</sup> siendo el porcentaje por jurisdicción variable alcanzado hasta el 24% en partidos del Gran Buenos Aires.<sup>12</sup> En América Latina, según la Organización Panamericana de la Salud, la prevalencia varía entre 10,2% de Chile y el 20,5% de Venezuela.<sup>14</sup>

Varios estudios realizados en distintos países, inclusive el nuestro, han publicado que las mujeres adolescentes presentan un mayor riesgo en los resultados perinatales.<sup>1,3-8-9-13-15</sup> Los mismos coinciden en describir como eventos adversos perinatales el bajo peso al nacer, prematuridad, puntaje de Apgar bajo, incrementándose el riesgo a menor edad materna.<sup>9-13-15</sup> Nuestro estudio demuestra que los grupos vulnerables, como las mujeres adolescentes, bajo un programa de atención y contención de equipos multidisciplinarios reducen o revierten los resultados adversos descriptos. En este sentido se han publicados trabajos avalando estos programas<sup>2-5-6-10-16-17</sup> que incorporan a las adolescente en redes de protección socio-sanitarias, permitiendo la disminución de los riesgos descriptos.

La adolescencia es una etapa de vulnerabilidad y cambios, donde se adquiere la capacidad productiva y se transitan los patrones psicológicos de la niñez a la adultez. Los cambios físicos, sociales y psicológicos se producen rápidamente en esta etapa y las condiciones sociales, culturales y ambientales influyen en los mismos.<sup>18-19</sup>

Por lo tanto los programas y los equipos multidisciplinarios que atienden a nuestras adolescentes deben asumir el proceso salud-enfermedad con medidas y acciones enfocadas en la prevención/promoción de la salud y la construcción de redes de contención familiares y sociales.

La calidad de estos equipos y su intervención oportuna seguramente diferencian los resultados en la atención perinatal. En la revisión de la Colaboración Cochrane 2007 sobre "Apoyo durante el embarazo a mujeres con mayor riesgo de recién nacidos de bajo peso"<sup>20</sup> se concluye que es poco probable que los programas de apoyo adicional

**Tabla 2:** Comparación de resultados principales entre adolescentes y adultas

	Adolescentes (n= 380)	Adultas (n= 760)	OR (IC 95%)	p
Edad materna (años) media (DS)	15,5 (0,91)	26,8 (4,1)		< 0,01
EG (semanas) media (DS)	39,3 (1,4)	39,1 (1,5)		NS
Peso al nacer (g) media (DS)	3205 (450)	3225 (600)		NS
Primigestas (%)	82	26,7		<0,01
Apgar <7, 5º minuto (%)	2	4,7	0,92 (0,7-2,1)	NS
Cesáreas (%)	12	24,1	0,43 (0,21-0,75)	<0,01
PN < 2500 g (%)	8,8	8,4	1,05 (0,6-1,8)	NS
PN < 1500 g (%)	1,5	1,3	1,09 (0,5-1,7)	NS

NS: no significativo

impidan el desarrollo de un recién nacido de bajo peso o prematuro, contradiciendo los estudios anteriores". En esta revisión no se evaluó la calidad ni los procesos de atención de los mismos siendo probablemente la diferencia en estos parámetros lo que marca la mejoría o no de los resultados estudiados.

### Conclusiones

Este estudio permite demostrar que las adolescentes y sus hijos con atención precoz y multidisciplinaria en cuidados perinatales no presentarían mayores riesgos que los descriptos para mujeres embarazadas adultas de igual medio socioeconómico y cultural.

La implementación de programas de calidad en el proceso de atención en el marco de redes multidisciplinarias, como el PROAMA, permite disminuir los riesgos que presentan los grupos vulnerables como las madres adolescentes y sus hijos.

### Agradecimientos

Al equipo de trabajo multidisciplinario para la atención de la adolescente embarazada y su hijo (PROAMA) de la Maternidad Sardá.

### Bibliografía

1. Kovalskys I, Krochik AG. Embarazo adolescente y estado nutricional. Becas "Ramón Carrillo-Arturo Oñativia 2002-2003". Comisión Nacional de Investigación Sanitaria. CONAPRIS. Ministerio de Salud y Medio Ambiente Argentina.
2. Pomata J. y col. Guías y recomendaciones para la atención de la adolescente embarazada y su hijo. Rev Hosp Mat Inf Ramón Sardá 2006;25(1).
3. Díaz V, Sánchez. El embarazo de las adolescentes en México. Gac Méd Méx 2003;139 (suplemento N° 1).
4. Molina S. M. y col. Embarazo en la adolescencia y su relación con la deserción escolar. Rev Medica Chile 2004;132:65-70.
5. Pomata J. y col. Adolescencia y embarazo. Rev Hosp. Mat Inf Ramón Sardá 1997;16(2).
6. Dolinsky y col. Maternidad adolescente: posibles intervenciones del trabajador social. Rev Hosp Mat Inf Ramón Sardá 1998;17:97-192.

7. El embarazo en la adolescencia: diagnóstico para reorientar las políticas y programas de salud. CEDES.
8. Díaz A, Sanhueza RP, Sra. Nicole Yaksic B. Riesgos obstétricos en el embarazo adolescente: estudio comparativo de resultados obstétricos y perinatales con pacientes embarazadas adultas. Rev Chil Obstet Ginecol 2002;67(6).
9. Burgos y Carreño Rimaudo. Comparación de factores de riesgo en dos poblaciones de embarazadas adolescentes nulíparas. Rev Hosp Mat Inf Ramón Sardá 1997;16(3).
10. Pomata J y col. Crecimiento, desarrollo y lactancia materna de hijos de madres adolescentes. Rev Hosp Mat Inf Ramón Sardá 2009;28(2).
11. San Pedro M, Larguía AM, Grandi C, et al. Estudio del peso de nacimiento en 30249 recién nacidos de una maternidad pública del área urbana de Buenos Aires. Arch Arg Pediatr 1994;92:259-270.
12. Coll A. Guía de Capacitación para la atención de la madre adolescente 1993. Ministerio de Bienestar Social de la Nación.
13. Alison M. Fraser. Association of young maternal age with adverse reproductive outcome. N Engl J Med 1995;332:17.
14. Organización Panamericana de la Salud, Centro Latinoamericano de Perinatología, Salud de la mujer y reproducción. Embarazo Adolescente 2005.
15. Torres Castro C. Factores de riesgo en adolescentes embarazadas: un estudio epidemiológico en dos hospitales de Lima, Perú. La ventana, 2002; 16.
16. Lic. Bolzan A, Guimarey L. Antropometría pregestacional y gestacional en adolescentes y sus recién nacidos. Arch Argent Pediat 2001;99(4).
17. Muñoz PM, Oliva MP. Los estresores psicosociales se asocian a síndrome hipertensivo del embarazo y/o síntomas de parto prematuro en embarazadas adolescentes. Rev Chil Obstet Ginecol 2009; 74(5):281-285.
18. Claravino H, Martínez A, Benvenuto S y col. Aborto en adolescentes menores de 16 años. Rev Hosp Mat Inf Ramón Sardá 2006;25(4).
19. Department of child and adolescent health and development. Family and community Elath. Word health organization. Improving adolescent health and development 1998;1(18).
20. Hodnett ED, Fredericks S. Apoyo durante el embarazo a mujeres con mayor riesgo de recién nacidos de bajo peso al nacer. Cochrane Library 2007;4.
21. Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano (CLAP). Sistema Informático Perinatal. Public Cientif N° 1203.