

Factores Asociados a Embarazo en Adolescentes

BARRAZA-GÓMEZ JR¹, MURILLO-LLANES J²

RESUMEN

Objetivo: Conocer los factores asociados al embarazo en las mujeres adolescentes del Hospital General de Culiacán “Dr. Bernardo J. Gastélum”. **Material y Métodos:** Se incluyeron en el estudio un total de 300 pacientes embarazadas atendidas en el servicio de Tococirugía del Hospital General de Culiacán “Bernardo J. Gastélum”, de febrero a noviembre de 2008. Fueron incluidas aquellas pacientes menores de 20 años (adolescentes) y mayores de 20 años (controles) para determinar edad, procedencia, escolaridad, peso, talla, estado civil, antecedentes gineco-obstétricos, número de parejas sexuales, vía de resolución obstétrica, patología durante el embarazo y peso del producto. El análisis estadístico de variables cuantitativas y cualitativas se utilizó el programa Stata para calcular medias, porcentajes, razón de momios y sus intervalos de confianza mediante la aplicación de regresión logística univariada.

Resultados: De los 300 pacientes, 164 fueron adolescentes (54.7%) y 136 embarazadas mayores de 20 años (45.3%) consideradas el grupo control. La edad promedio del grupo de estudio 17.2 ± 1.4 años y el 18.2% de pacientes fueron menores de 15 años. El 47% procedía del área urbana, el 32% del área rural y 21% era migrante. La escolaridad mas frecuente fue secundaria incompleta con 42(26%) casos. El 77% provenía de hogares estables y el resto de hogares con inestabilidad familiar. Únicamente el 25% usó métodos de planificación familiar. El 28% restante ya había tenido uno o más embarazos. El 76% ameritó cesárea y el 52% de las pacientes presentó algún tipo de patología durante el embarazo.

Conclusiones: Los factores asociados son similares a los que existen en América Latina.

Palabras clave: Embarazo, adolescentes, incidencia, factores asociados.

ABSTRACT

Objective: To know the factors associated with pregnancy in adolescent women of Culiacán General Hospital “Dr. Bernardo J. Gastélum”. **Methods:** The study included a total of 300 pregnant patients attended in labor (Tococirugía) service of Culiacán General Hospital “Bernardo J. Gastélum”, from february to november 2008. Included those patients under 20 years (adolescents) and older than 20 years (controls) to determine age, origin, education, weight, height, marital status, gineco-obstetrician antecedents, number of sexual partners, via of obstetric resolution, pathology during pregnancy and weight of the product. For statistical analysis of quantitative and qualitative variables, Stata program was used to calculate averages, percentages, odds ratios and confidence intervals by applying univariate logistic regression. **Results:** Of the 300 patients, 164 were adolescents (54.7%) and 136 pregnant

¹Médico residente del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital General de Culiacán, ²Jefe del Departamento de Investigación del Hospital General de Culiacán.

Enviar observaciones, comentarios y sugerencias al Dr. José Ramón Barraza Gómez, calle laureles No.12 Plaza Reforma Mazatlán, Sinaloa, teléfono: (669) 984 19 29, correo electrónico: drbarrazag@hotmail.com.

Artículo recibido el día 4 de agosto de 2008.

Artículo aceptado para publicación 4 de febrero de 2009.

Este artículo podrá ser consultado en Imbiomed, Latindex, Periódica y en www.hgculiacan.com

women older than 20 years (45.3%) were considered the control group. The average age of the study group, 17.2 ± 1.4 years and 18.2% of patients were younger than 15 years. 47% came from urban areas, 32% rural and 21% were migrant. Schooling more frequent was incomplete secondary with 42 (26%) cases. 77% came from stable homes and rest homes with family instability. Only 25% used family planning methods. The remaining 28% had already had one or more pregnancies. 76% merited cesarean and 52% of patients had some type of pathology during pregnancy. **Conclusions:** Associated factors are similar to those in Latin America.

Keywords: Pregnancy, adolescents, incidence, associated factors.

INTRODUCCIÓN

La falta de educación sólida con respecto a la vida sexual y reproductiva, desde los primeros años de la escuela o desde otros ámbitos en la comunidad, es una de las causas que influyen en el inicio temprano e irresponsable de la vida sexual, con el frecuente resultado de un embarazo no planeado ni deseado en ese momento. Estas son jóvenes que, en cantidad considerable, acuden a los hospitales públicos para dar a luz o para solicitar atención debido a un aborto.¹

El embarazo en adolescentes hoy en día es un problema de salud pública, no sólo asociado a los trastornos orgánicos propios de la juventud materna, sino también porque están implicados factores socioculturales y económicos que comprometen el binomio madre e hijo.² La sexualidad se intensifica y ocupa un lugar central en el desarrollo adolescente.³ Prácticamente en todas las religiones la pubertad se celebra como un reconocimiento de la niña que está iniciando la transición hacia la maternidad. La pubertad como ya es sabido trae consigo no sólo diferencias físicas notorias sino también en las expectativas sociales.^{4,5}

Los adolescentes de 15 a 19 años de edad representan casi la cuarta parte de la población nacional, y actualmente se registran 430,000 embarazos anuales en esa edad.⁵

La edad promedio de las mujeres atendidas es 17.6 años, un gran porcentaje ya han tenido más de un embarazo, y aproximadamente el 17% de la población en estudio han tenido al menos un aborto, incluyendo el resultado del embarazo actual, comparado con otros países como el Perú donde es conocida la alta incidencia de embarazos a temprana edad con una frecuencia del 13%, Colombia con un 22% y hasta un 30% en años más recientes y Estados Unidos con 11% en donde una de cada tres adolescentes queda embarazada antes de los 20 años y un 17% tiene un segundo hijo dentro de los 3 años siguientes.⁶

Un aspecto particularmente preocupante es que estas jóvenes tienen poca escolaridad y escasos recursos económicos. La perspectiva de volver a la escuela es difícil con un hijo y, si bien no se ha cuantificado, la experiencia no parece indicar que lo hagan.⁷

En los países desarrollados el embarazo en adolescen-

tes puede conducir a un matrimonio forzado antes que los miembros de la pareja estén listos para unirse, lo que da lugar a mayores tasas de divorcio, como sucede a menudo al enfrentar un futuro social deficiente.^{7,8}

Dentro de los factores que hacen a una adolescente convertirse en madre, están el visualizar la sexualidad como algo malo, a menudo los adolescentes tienen ideas vagas y distorsionadas, con frecuencia no esperan quedar embarazadas después de una relación sexual, son naturalmente impulsivos y es menos probable que actúen en forma planeada como los adultos. Un embarazo no deseado generalmente conduce a la búsqueda de un aborto inducido, que en el caso de los adolescentes sin experiencia y avergonzadas, probablemente lo realizarán cuando el embarazo este avanzado y esto conlleva a mayores riesgos para la salud, la fecundidad futura y la vida de la joven, particularmente si se realiza de manera clandestina.⁹

El propósito del estudio es conocer la frecuencia y los factores asociados al embarazo en las mujeres adolescentes del hospital general de Culiacán "Dr. Bernardo J. Gastélum"

MATERIAL Y METODOS

Se realizó una encuesta en la sala de puerperio y en hospitalización mediante un muestreo no probabilístico consecutivo prospectivo, descriptivo y transversal en el periodo de marzo a noviembre de 2008, adolescentes embarazadas atendidas en el servicio de tococirugía del Hospital General de Culiacán "Bernardo J. Gastélum" de febrero a noviembre del 2008. Se excluyeron aquellos pacientes que no aceptaron ser parte del estudio y a aquellas cuyo nivel intelectual no les permitía contestar adecuadamente la encuesta. Se investigaron los antecedentes gineco-obstétricos, edad, peso y talla, número de parejas sexuales, control prenatal, uso de anticonceptivos y sus formas de anticoncepción, vía de resolución del embarazo y las patologías asociadas, procedencia y escolaridad de cada paciente. Se formaron 3 grupos de edad de manera arbitraria: menores de 15 años, de 15 a 17 y mayores de 17 años. Y de acuerdo a su procedencia se clasificaron rurales, urbanas y migrantes.

La vía de resolución obstétrica se consideró: parto, cesá-

rea y legrado. Según el peso del producto se formaron 4 grupos: menor de 3,000 gr, de 3,000 a 3,500 gr, de 3,500 a 4,000 gr y mayores de 4,000 gr. Se excluyeron aquellas pacientes que aún estuvieran embarazadas en el momento del estudio, se revisó también la historia clínica electrónica de cada una de ellas y los registros estadísticos del Hospital para obtener la frecuencia real de nacimientos en pacientes adolescentes menores de 20 años durante el periodo de estudio.

Análisis estadístico

En las variables cuantitativas se calcularon promedios y desviaciones estándar, y para variables cualitativas se calcularon proporciones; para comparar las diferencias entre los grupos se aplicó la prueba T de Student y la prueba de Ji²; mediante la aplicación de regresión logística univariada se determinaron los factores asociados a embarazos en adolescentes y se calcularon intervalos de confianza para determinar la significancia de los resultados, utilizando el programa estadístico Stata v6.

RESULTADOS

Se encontraron un promedio de 358 nacimientos por mes en el periodo de estudio, de los cuales el 34% ocurrió en adolescentes.

De 300 pacientes estudiadas, 164 fueron adolescentes (54.7%) y 136 fueron adultos mayores de 20 años (45.3%), se encontró un 18.2% de pacientes menores de 15 años (**Figura 1**), siendo la edad promedio del grupo 17.2 ± 1.4 años. Al comparar con la edad de sus parejas, la mayoría oscila entre 20 y 30 años, con una media de 23 ± 5 años. Únicamente 6% de los compañeros tenían 30 años ó más.

Al momento del embarazo, ya estaban casadas 36 de ellas (22%) y 64 en unión libre (40%), al final del embarazo, 55 quedaron como madre soltera (34%). Se encontró un número significativamente menor de pacientes solteras (19%) en el grupo control.

De nuestro grupo de estudio, 77 pacientes procedían del área urbana (47%), 52 del área rural (32%) y 34 eran migrantes (21%). Dicha distribución fue diferente en el grupo control en el cual no se presentó ninguna paciente migrante. No se observó diferencia significativa en las edades entre el área rural y urbana.

La escolaridad fue de secundaria incompleta en 43 pacientes (26%) y solamente 3 en la universidad (2%) (**Figura 2**)

Únicamente 41(25%) pacientes usaron métodos de planificación familiar antes de su primer embarazo. Los métodos más utilizados fueron preservativo (15%), los anticonceptivos orales (9%), el ritmo (12%) y 103(62%) de ellas nunca usó o no conocía ningún método anticonceptivo.

Para 118(72%) adolescentes, éste era su primer embarazo, 38(23%) eran secundigestas y 8(5%) cursaban su 3^o ó 4^o embarazo (urbanas). En las pacientes que ya habían estado embarazadas, el resultado de esas gestaciones había sido par-

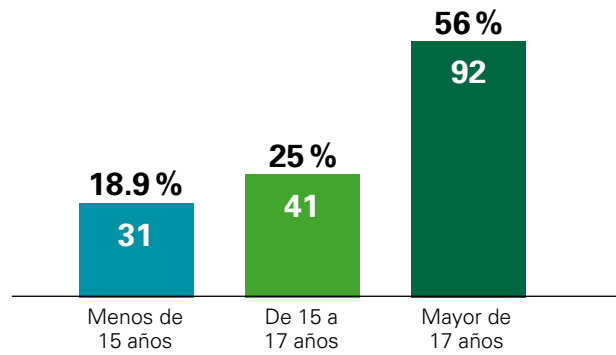


Figura 1. Frecuencia por grupos de edad de adolescentes.

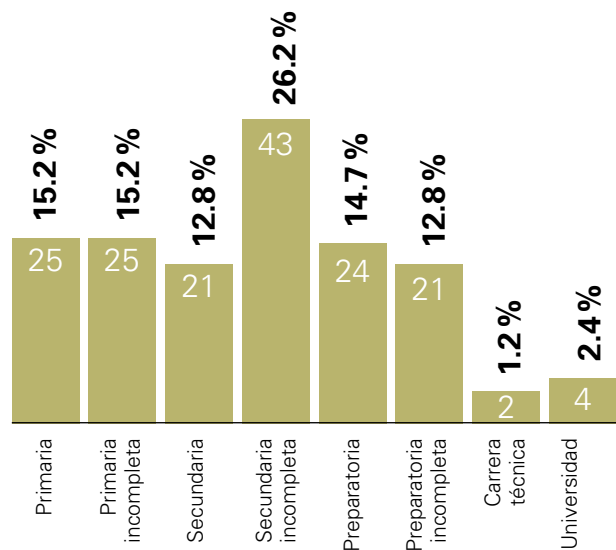


Figura 2. Grados de académico en adolescentes embarazadas.

to normal en el 63%, aborto en el 21% y cesárea en un 16%.

De las adolescentes embarazadas, 75(46%) habían llevado un control prenatal adecuado y 89(54%) de ellas tuvieron un control prenatal inapropiado.

Tenían antecedente de alcoholismo 23(14%) y tabaquismo en 29(17.6%) casos, con mayor frecuencia el grupo control una OR: 3.43_{IC95%} 1.5-7.799 para tabaquismo.

El 20% de las adolescentes embarazadas tuvo anemia en algún momento de su embarazo, 41 de ellas tenía un peso menor de 50 kg. (25%) y 38(23%) tenían una talla menor de 150 cm., 33(20%) eran adolescentes menores de 15 años, encontrando la paciente de menor edad a los 12 años, 31(19%) tenía antecedentes de una cesárea previa de las cuales casi 3 terceras partes tenían un periodo intergenésico corto.

El 52% de pacientes presentó algún tipo de morbilidad obstétrica durante su embarazo; siendo ésta mayor que la población general, con una diferencia estadísticamente significativa $p < 0.001$ y $OR = 6.14$ _{IC95%} (2.98-12.79), demos-

Cuadro 1. Morbilidad durante el embarazo.

	n (%)
Ruptura Prematura de membranas	2 (1.2)
Presentación anormal	1 (0.6)
Embarazo Múltiple	2 (1.2)
Hidramnios	10 (6.1)

trando fuerte asociación entre adolescencia y morbilidad durante el embarazo (**Cuadro 1**).

Se presentaron 37(21%) partos vaginales y 127(76%) pacientes ameritaron cesárea. La tasa de cesárea no presentó diferencia estadísticamente significativa con la reportada para el grupo control que sólo fue del 69% y se presentaron 50 (30.4%) casos de desproporción céfalo pélvica y 8(4.8%) de sufrimiento fetal agudo.

El 72% de los partos fue de término (37-40 sem.) con 26% de partos de pre-término (menor de 37 semanas) y 3% de post-término (mayor de 41 semanas). El peso fetal promedio fue de $2,972.19 \pm 551.92$ gr. Se encontraron 52(32%)

siendo menores de 3,000g, en 3(2%) fueron mayores de 4,000 g), y los 109(66%) restantes se encontraban dentro del peso esperado para la edad gestacional (3,000 a 4,000 g).

Se encontró morbilidad del recién nacido en el 65% de los partos, lo cual es similar a la frecuencia reportada para el grupo control (65%), la diferencia no resultó ser estadísticamente significativa.

No se presentó en el estudio: Embarazo prolongado, restricción del crecimiento, amenaza de aborto y aborto.

DISCUSIÓN

Encontramos que la frecuencia de embarazo en adolescentes fue menor a lo que ya existe publicado a nivel nacional,^{10,11,12} Sin embargo, notamos que es mas alta que en países como España y Japón donde la frecuencia de embarazos en adolescentes es de 4 por cada 1,000 nacidos vivos.¹³

La gran mayoría, 131(74%) tenían algún factor de riesgo reproductivo desde el momento de su embarazo, contrastando con el 32% que se observó en la población en general¹⁶. (**Cuadro 2**)

Los resultados del presente estudio se compararon con otros similares y se encontró que a pesar de haber trans-

Cuadro 2. Diferencias ginecoobstetricas entre adolescentes (n=164) embarazadas y el grupo control (n=136).

	Adolescente n (%)	Grupo control n (%)	OR	IC95%
Casada	37 (22.5)	63 (46.3)	0.33	0.2-0.5
Unión libre	66 (40.2)	48 (35.3)	1.22	0.77-2
Madre soltera	56 (34)	25 (18)	2.30	1.34- 4
Control prenatal inadecuado	67 (40)	37 (27)	1.84	1.13 - 3
Sin método de planificación familiar	102 (62.1)	73 (53.6)	1.84	0.9-2.25
Cesárea	127 (76.8)	94 (69.1)	1.48	0.9-2.5
Producto menor de 3 Kg.	57 (34.7)	32 (23.5)	1.73	1.04-2.9
Anemia	33 (20.1)	8 (5.8)	4.03	1.8-9
Peso menor 50 Kg.	41 (25)	8 (5.8)	4.99	2.24-11
Talla menor 150 cm.	38 (23.1)	12 (7.3)	2.90	1.45-6
Cesárea previa	32 (19.5)	64 (47.9)	3.85	2- 7.2
Preeclampsia	18 (10.9)	13 (9.5)	1.17	0.55-2.5
Amenaza de parto prematuro	53 (32.3)	15 (11)	3.81	0.8- 1.8
Infección de vías urinarias	79 (48.1)	46 (33.8)	1.81	1.14-.91

currido varios años, la situación de la adolescente que se embaraza ha sufrido pocas modificaciones positivas, por ejemplo: la edad promedio se ha incrementado de 15 a 17 años, el nivel educativo promedio ha mejorado de 5to. a 7mo. grado, el uso de métodos de planificación familiar se ha aumentado de 8 a 19% y la asistencia a control prenatal al menos una vez, mejoró de 72 a 88%.^{14,15}

Por otro lado, hay factores negativos que persisten tales como: los niveles de abandono escolar previo al embarazo, la deserción escolar son las mismas y el porcentaje de pacientes que ya tenían embarazos previos aumentó de 15 a 28%.^{16,17}

Las motivaciones para iniciar relaciones sexuales tempranas, así como los temores y creencias inexactas y distorsionadas que bloquean el uso de métodos anticonceptivos continúan sin modificarse. Asimismo, la paternidad irresponsable mantiene porcentajes muy similares.^{18,19}

El conocimiento y uso de métodos anticonceptivos es significativamente mayor entre las pacientes con embarazos previos, aunque también se notó un alto porcentaje de pacientes que se embarazaron por segunda vez sin haber utilizado ningún método de planificación familiar. La diferencia de métodos de planificación familiar entre las jovencitas del área urbana y rural es significativa ($p < 0.001$) con un OR de 3.69_{IC95%} (1.91-7.16); lo que demuestra que la adolescente del área urbana tiene 3.7 veces mayor probabilidad de conocer y usar algún método anticonceptivo que la del área rural, lo cual enfatiza la necesidad urgente de incrementar las actividades de educación y promoción en ese nivel.

El número de parejas sexuales resulta ser un parámetro subjetivo y difícil de evaluar ya que la encuesta se realizó en su mayoría en presencia de los padres o familiares adultos, por ser nuestra población de estudio menor de edad, propiciando un importante sesgo en el entrevistado.

En el período del parto los problemas más frecuentes son la desproporción céfalo pélvica y las alteraciones en la presentación y la posición del feto, que se han relacionado con un desarrollo incompleto de la pelvis materna en comparación con el grupo control.²⁰

En relación a lo anterior, los parámetros de peso y talla evaluados en nuestra población resultan muy similares a los referidos en la literatura latinoamericana,²¹ ligeramente superior a la evaluada en países asiáticos¹³ e inferior a la reportada en Canadá y Estados Unidos donde la talla de los

adolescentes es mayor.¹⁴

Este hallazgo implica alto riesgo de lesiones anatómicas (desgarros), así como mayor probabilidad de hemorragias e infecciones en un terreno materno que puede estar comprometido por la desnutrición y las anemias previas. La estrechez de cualquiera de las dos porciones del canal del parto (ósea o blanda), implica un mayor peligro de parto traumático para el feto, que presenta amplia variedad y grado de severidad.^{22,23,24} Esto determina una incapacidad del canal del parto, para permitir el paso del feto; estas distocias provocan aumento de los partos por cesáreas, mismas que ocurren en un porcentaje de 76% en adolescentes y 69% en adolescentes, según nuestros resultados.

Al analizar la incidencia de morbilidad en el embarazo y parto de la madre adolescente con la madre adulta no se encontraron diferencias significativas tal y como se muestra en la literatura consultada,^{25,26} debía esperarse que la hipoxia del recién nacido y la depresión neonatal severa fueran más frecuente en este grupo de riesgo; sin embargo, son escasos los trabajos que apoyan esta observación²⁷ la cual no coincide con otros autores,^{5,8} quienes afirman no encontrar diferencias significativas en los resultados perinatales, excepto el bajo peso al nacer, al comparar grupos iguales de madres adolescentes y en edades óptimas para el embarazo.²⁸

La mayoría de las variables estudiadas presentan diferencias porcentuales pero no significativas, las encontradas con más frecuencia fueron la infección del tracto urinario, la amenaza de parto pretérmino y los recién nacidos de bajo peso, la única con significancia estadística fue la amenaza de parto diagnosticado durante el embarazo.

CONCLUSIÓN

Encontramos que la frecuencia de embarazo en adolescentes fue menor a lo que ya existe publicado a nivel nacional, sin embargo notamos que la frecuencia en este estudio es mas elevada que en países como España y Japón. Los aspectos médicos del embarazo y parto de la población adolescente encontrados demuestran que este grupo de pacientes tiene seis veces más probabilidad de presentar factores de riesgo reproductivo y morbilidad durante su embarazo, así como dos veces más probabilidad de desarrollar complicaciones al momento del parto y también que sus hijos presenten alguna patología.

Referencias

1. Ehrenfeld-Lenkiewicz N. Educación para la salud reproductiva y sexual de la adolescente embarazada. *Salud Pública Mex* 1994; 36: 154-160
2. Rivera, Sandra, Psicóloga. Aspectos de tipo social, psicológico y cultural. Embarazo en adolescentes. 2003, p-1. <http://www.binasss.sa.cr/adolescencia/broch.pdf>
3. Ventura, Stephanie J.; Mathews, T. J.; Hamilton, Brady E. Births to Teenagers in the United States, 1940-2000. *National Vital Statistics Report* 2001;49(10):30 (National Center for health Statistics)
4. Rosselot J. Adolescencia: problemática de salud del adolescente y joven en Latinoamérica y el Caribe. *Pediatría* 2ed. Menehillo: Inter-médica 2003:

5. Luengo CX. Definición y características de la adolescencia. Embarazo en Adolescentes Diagnóstico, 2001. Santiago de Chile: ERNAM UNICEF, 1992.
6. Collins, H. Your child, your adolescent. EUA. 2006 p 1-2
7. Jornada. UNAM.mx. Embarazo principal causa de muerte entre las adolescentes. 16/11/05.
8. Elster AB, Lamb ME. The medical and psychosocial impact of a comprehensive care on adolescent pregnancy and parenthood. JAMA 2007;258:1187-92.
9. Repke John. Adolescence: managing pregnancy & unplanned pregnancy contemporary Obstet Gynecol 2005;34(4):96-124
10. <http://www.aacap.org/page.wv?section=Informacion+para+la+Familia&name=Cuando+los+Adolescentes+Tienen+Hijos+No.+31>
11. Alarcón-Alejandri I. Análisis de embarazo en la paciente adolescente. Ginecol Obstet Mex 1998; 66(Supl 1):14
12. García-Baltasar ME, Figueroa-Perea JG. Práctica anticonceptiva en adolescentes y jóvenes del área metropolitana de la ciudad de México. Salud Publica Mex 2002; 34: 413-426.
13. Carl Haub, Cuadro de la población mundial 2002 (Washington, DC: Population Reference Bureau, 2002).
14. Smith GCS, Pell JP. Teenage pregnancy and risk of adverse perinatal outcomes associated with first and second births: population based retrospective cohort study. BMJ 2001; 323: 476- 9.
15. Larson-Guerra R, Blum-Grinberg B, Jiménez-Villanueva C, Schiavon R. Dificultades de las adolescentes y sus madres para asimilar la información sobre sexualidad y reproducción. Acta Pediat Mex 2000; 21 (2): 53-57.
16. Stern C. El embarazo en la adolescencia como problema público: Una visión crítica. Salud Pública Mex 1997; 39: 137-143.
17. <http://www.facmed.unam.mx/deptos/salud/genero/boletines/boletin%20V6-1.pdf>
18. Sulak PJ, Haney AF. Unwanted pregnancies: understanding contraceptive use and benefits in adolescent and older women. Am J Obstet Gynecol 2003; 168: 2042-8.
19. Chelala C: Concern grows about adolescent pregnancy in Cape Verde. Lancet 2000; 355: 128.
20. Sherman L; Maternal youth and pregnancy outcomes: Middle school versus high school age groups compared with women beyond the teen years. Am J Obstet Gynecol 1994; 171(1): 184-7.
21. Reporte gerencial, Hospital General de Culiacán, Periodo Enero a Noviembre del 2008.
22. Southwick RD, Wigton TR: Screening for gestational diabetes mellitus in adolescent hispanic Americans. J Reprod Med 2000; 45(1): 31-4.
23. Jiménez MA, Martín AR, García JR: Comparing the biological and psychosocial risks of pregnancy between groups of adolescents and adults. Eur J Epidemiol 2000; 16(6): 527-32.
24. Koniak-Griffin D, Anderson NL, Verzemnieks I, Brecht ML: A public health nursing early intervention program for adolescent mothers: outcomes from pregnancy through 6 weeks postpartum. Nurs Res 2000; 49(3): 130-8.
25. Bukulmez O, Deren O: Perinatal outcome in adolescent pregnancies: a case-control study from a Turkish university hospital. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2000; 88(2): 201-
26. Hampton HL, Powell RH: Obstetrical outcome in the very young adolescent. J Miss State Med Assoc 1999; 40(12): 411-4.
27. Brindis C: Building for the future: adolescent pregnancy prevention. J Am Med Womens Assoc 1999; Summer 54(3): 129-32.
28. Vdimond, Diane; Problems of adolescence are universal contemporary ob/gym. jan. 2003. vol. 38 no. 1-37.