

Consideraciones actuales sobre el embarazo en la adolescencia**Current considerations concerning pregnancy in adolescence****José Ignacio Robaina-Castillo¹, Frank Hernández-García^{1*}, Lient Ruiz Gómez²**

¹Universidad de Ciencias Médicas de Ciego de Ávila. Facultad de Ciencias Médicas “Dr. José Assef Yara”. Ciego de Ávila. Cuba.

²Universidad de Ciencias Médicas de Ciego de Ávila. Hospital Provincial General Docente “Dr. Antonio Luaces Iraola”. Ciego de Ávila. Cuba.

*Autor para la correspondencia: frankhernandezgarcia1996@gmail.com

Recibido: 27 de diciembre de 2017

Aceptado: 27 de mayo de 2018

Aprobado: 01 de enero de 2019

Citar como: Robaina-Castillo JI, Hernández-García F, Ruiz Gómez L. Algunas consideraciones sobre el embarazo en la adolescencia. Univ Méd Pinareña [Internet]. 2019 [citado: fecha de acceso]; 15(1): 123-133. Disponible en: <http://galeno.pri.sld.cu/index.php/galeno/article/view/381>

RESUMEN

Con el objetivo de describir la repercusión del embarazo en la adolescencia y su asociación con factores de riesgo y complicaciones propias de la gestación y el parto, se realizó una revisión bibliográfica. Se consultaron 18 citas de las bases de datos MedLine, LILACS y SciELO, considerando estudios en los idiomas español e inglés. El embarazo en la adolescencia constituye un riesgo por no alcanzarse todavía a esta edad la madurez física y mental y se acompañan de un peor resultado perinatal. Los riesgos asociados al embarazo adolescente como la enfermedad hipertensiva, la anemia, el bajo peso al nacer y el parto prematuro determinan elevación de la morbimortalidad materna. Disminuir el embarazo adolescente es un gran desafío y una meta sanitaria comprometida por el país, por lo que estrategias de prevención resultan prioritarias.

DeCS: EMBARAZO EN ADOLESCENCIA, SALUD DEL ADOLESCENTE; ADOLESCENT MEDICINE; SALUD REPRODUCTIVA.

ABSTRACT

In order to describe the impact of pregnancy in adolescence and its association with risk factors and complications associated with pregnancy and childbirth, a medical literature review was conducted; 18 citations were revised from MedLine, LILACS and SciELO databases, including studies in Spanish and English languages. Pregnancy in adolescence period is a risk because physical and mental development is not yet reached at these ages and worse perinatal results are observed. The risks associated with pregnancy in adolescence are hypertension, anemia, low birth weight and premature birth; which determine an increase in maternal morbidity and mortality. Reducing the levels of pregnancy in

adolescence is a great challenge and a health goal commitment all over the country, thus prevention strategies are a priority.

DeCS: PREGNANCY IN ADOLESCENCE; ADOLESCENT HEALTH; MEDICINA DEL ADOLESCENTE; REPRODUCTIVE HEALTH.

INTRODUCCIÓN

En la sociedad moderna embarazo y adolescencia son términos que no se asocian a alegría, esperanza y futuro, pero cuando estos coinciden son motivos de preocupación pues por lo general, la alegría se transforma en un problema⁽¹⁾. El embarazo menoscaba las posibilidades que tienen las adolescentes de ejercer los derechos a la educación, la salud y la autonomía, garantizados en tratados internacionales, como la Convención sobre los Derechos del Niño. Para casi 200 niñas adolescentes por día, el resultado del embarazo a temprana edad es la máxima violación de sus derechos: la muerte⁽²⁾.

Muchos países han adoptado la causa de prevenir el embarazo en adolescentes, en general, mediante medidas orientadas a modificar el comportamiento de las niñas. En esas intervenciones está implícita la creencia de que la niña es responsable de prevenir el embarazo y la presunción de que, si queda embarazada, es ella la que está en falta. El embarazo en adolescentes está entrelazado con problemas de derechos humanos. A una niña embarazada presionada o forzada a dejar la escuela, por ejemplo, se le niega su derecho a la educación. A una niña a la que se le prohíbe acceder a métodos anticonceptivos o incluso a información sobre la prevención de embarazos se le niega su derecho a la salud⁽²⁾.

El embarazo y el parto son unas de las principales causas de muerte de adolescentes en países en desarrollo. En el mundo alrededor de 20 000 adolescentes dan a luz todos los días; en torno a 70 000 muertes en adolescentes por complicaciones del embarazo y del parto son registradas todos los años y se estima que ocurren 3,2 millones de abortos inseguros entre adolescentes cada año⁽²⁾. La expectativa social de la adolescencia es que esta es una etapa en la que los individuos se preparan para la vida y adquieren habilidades para desarrollarse con plenitud⁽³⁾.

El embarazo en la adolescencia se presenta como un momento de ruptura, partiendo en antes y después la vida y cotidianidad de las jóvenes marcada por un acontecimiento significativo, donde la noticia resulta ser traumática y estresante tanto para quienes estén asumiendo el rol de madres y las que están viviendo su embarazo, como para los padres de las adolescentes y la familia en general, ante un cambio repentino en el estilo de vida⁽⁵⁾.

Las edades extremas de la vida reproductiva se acompañan de un peor resultado perinatal. El embarazo en la adolescencia se asocia con una mayor frecuencia de problemas médicos y nacimiento pretérmino; generalmente continúan con la gestación las adolescentes pertenecientes a clases trabajadoras y ciertas minorías étnicas, siendo elevada la incidencia de interrupción voluntaria de la gestación en las adolescentes de clases sociales medias o altas (30-60 %). Son particularmente sensibles a deficiencias nutricionales, anemia, infección por HIV y otras enfermedades de transmisión sexual, además, tienen una mayor frecuencia de hipertensión inducida por la gestación⁽⁶⁾.

El factor más importante que condiciona el resultado de la gestación en la adolescente no es la edad de la misma, sino el menor control prenatal que ello produce; el inicio del control de la gestación se

retrasa, el 40 % de las gestantes adolescentes inician su control en el segundo trimestre gestacional, y además, son menos constantes, de tal forma que realizan un menor número de controles posteriores. En relación con el parto, no presentan una mayor incidencia de periodos de dilatación prolongados ni una tasa incrementada de cesáreas⁽⁶⁾.

El embarazo es una de las prioridades en la atención de las adolescentes ya que repercute tanto en la salud de la madre como en la del niño. La mortalidad materna del grupo de 15 a 19 años en los países en desarrollo se duplica al compararla con la tasa de mortalidad con el grupo de 20 a 34 años; en México, la mortalidad en madres menores de 24 años corresponde al 33 % del total aumentando además los riesgos médicos asociados con el embarazo de las madres adolescentes, como patología hipertensiva, anemia, bajo peso al nacer, parto prematuro, así como la nutrición materna y un aumento estimado de 2 a 3 veces en la mortalidad infantil al compararse con los grupos de edades entre 20 y 29 años⁽⁷⁾. La presente revisión tiene como objetivo describir la repercusión del embarazo en la adolescencia y su asociación con factores de riesgo y complicaciones propias de la gestación y el parto.

DESARROLLO

El desarrollo humano se entiende como una sucesión evolutiva de “momentos” por donde el individuo va transitando, inmerso en un proceso histórico dinámico y a menudo contradictorio y uno de estos momentos es precisamente la adolescencia; palabra que deriva de la palabra latina “adolescere”, que nos remite al verbo adolecer y que en lengua castellana tiene dos significados: tener cierta imperfección o defecto y crecer⁽⁶⁾.

Siempre se ha considerado una época de los individuos a medio camino entre la infancia y la edad adulta, por ello muchas tribus y pueblos establecieron claramente una serie de ritos de iniciación para marcar y favorecer el paso entre una y otra. En la cultura americana se considera simplemente como una fase de notables cambios en cuanto al cuerpo, a los sentimientos y sensaciones o como una etapa original y capital de la metamorfosis de niño a adulto. El progreso tecnológico, las comunicaciones, las multinacionales de la moda, la música y la imagen, los cambios de valores provocados por el contacto con otras culturas debidos a la migración, el turismo y los medios de comunicación, son algunos de los factores que influyen en los hábitos, costumbres y formas de vida de la adolescencia y juventud⁽⁶⁾.

La adolescente se encuentra en la búsqueda de una identidad adulta, y en su recorrido se ve obligada a renunciar a su identidad de niña. En este recorrido, la sexualidad tiene un papel esencial. El ser humano nace sexuado biológicamente, pero su sexualidad se irá construyendo a lo largo de toda la vida y se mostrará de diferentes maneras en cada edad o momento de su evolución. La sexualidad y su expresión tendrán mucho que ver con la universalidad de la persona, y no solamente con el compromiso genital. Hay pocas dudas de que la vivencia y expresión de la sexualidad es una de las cuestiones más trascendentales de la etapa adolescente⁽⁶⁾.

La OMS delimita la adolescencia cronológicamente entre los 10 y 19 años, aunque actualmente diferencia tres períodos, que la extienden hasta los 24 años. La pre-adolescencia o temprana de 10 a 14 años, correspondiente a la pubertad. Esta etapa presenta poca morbilidad biológica. Durante este período por lo general se produce la menarquia, por lo que los principales motivos de consulta en esta etapa están relacionados con el desarrollo puberal y sus alteraciones, así como con leucorreas que en muchas ocasiones son funcionales y predicen la menarquia, pero que pueden ser interpretadas erróneamente como vulvovaginitis. Se debe tener presente en estas edades el pudor de la paciente se encuentra generalmente exacerbado⁽¹⁾.

La adolescencia media o propiamente dicha, se extiende entre los 14 y 18 años. Esta es la etapa más importante y trascendental de las adolescentes en nuestro medio, pues debemos tener en cuenta que es precisamente en estas edades que se produce, en la mayoría de nuestras adolescentes, el inicio de sus relaciones sexuales coitales. Son, por tanto, frecuentes motivos de consulta la búsqueda de orientación anticonceptiva, las infecciones genitales y las infecciones de transmisión sexual (ITS), la sospecha de embarazo y solicitud de interrupción de este, y muchos otros vinculados al inicio de la vida sexual⁽¹⁾.

La adolescencia tardía de 19 a 24 años. Este grupo confronta un menor riesgo que los anteriores, aunque no por ello deja de ser importante. Presenta gran similitud en su comportamiento y morbilidad con la adulta joven y tiene a su favor una más clara definición del proyecto de vida, así como la culminación del desarrollo biológico que facilita, entre otras cosas, la selección de los métodos anticonceptivos⁽¹⁾.

El riesgo asociado al embarazo en adolescentes se relaciona, entre otras cosas, con el grado de madurez del aparato reproductor, pues si la adolescente no ha completado su madurez biológica se incrementa el riesgo de complicaciones como son el bajo peso al nacer, tanto el asociado a la prematuridad, como a la malnutrición fetal intrauterina o retardo del crecimiento fetal, que es como se le conoce comúnmente. También se reporta un incremento de enfermedad hipertensiva de la gestación, anemia materna, mayor índice de distocias del parto, señalando que muchos de los riesgos del embarazo a estas edades se asocian más a su inmadurez psicosocial que a la biológica⁽¹⁾.

La inmadurez del organismo está constituida por 2 elementos fundamentales: el completamiento del crecimiento y desarrollo del útero (matriz), donde se inserta, crece y se desarrolla el nuevo ser; y el desarrollo adecuado de la pelvis ósea, que forma parte del canal del parto a través del cual debe pasar el feto en el momento del parto. La madurez biológica óptima para la concepción se alcanza a lo sumo entre 2 y 3 años posteriores a la primera menstruación (menarquia), pero esta supuesta "madurez" biológica dista mucho de la realidad⁽¹⁾.

El proyecto de vida de la adolescente muchas veces se frustra ante la llegada prematura de un hijo y en este aspecto influyen muchos elementos como son la procedencia de la adolescente, las características de la familia, si tiene pareja estable y si la apoya, por lo que se comprende que no hay una edad ideal para ser madre, sino que esta es individual para cada mujer y pareja.

Existe una diferencia marcada en el comportamiento de la patología obstétrica en las adolescentes, lo cual estará en dependencia, tanto de su desarrollo psicosocial y medio familiar, como del desarrollo orgánico y funcional de la mujer menor de 20 años. También se acepta el incremento de la morbilidad del embarazo en adolescentes con 15 años o menos o edad ginecológica menor de 3 años. Para las adolescentes intermedias y tardías, los riesgos serán menores y van a estar relacionados fundamentalmente con los factores psicosociales, ambientales y familiares⁽¹⁾.

En los países que cuentan con suficientes recursos de salud para ofrecer a las mujeres niveles adecuados de atención prenatal y durante el parto, es imposible reducir la mayoría de los efectos adversos relacionados con el proceso gestacional en las adolescentes embarazadas⁽¹⁾.

En las adolescentes, el mayor riesgo de embarazo y de mortalidad observados no parece ser debido a las condiciones fisiológicas, sino más bien a las variables socioculturales y a las condiciones de cuidado

y atención médica que se les proporcione. Es frecuente que estos embarazos se presenten como un acontecimiento no deseado o no planificado, con una relación débil de pareja, lo que determina una actitud de rechazo y ocultamiento de su condición por temor a la reacción del grupo familiar y esto conlleva a un control prenatal tardío o insuficiente⁽¹⁾.

Las morbilidades secundarias al embarazo en la adolescencia se pueden clasificar por períodos de la gestación. En la primera mitad se destacan el aborto, la anemia, las infecciones urinarias y la bacteriuria asintomática. En la segunda mitad, los cuadros hipertensivos, las hemorragias asociadas a afecciones placentarias, la escasa ganancia de peso con malnutrición asociada o por otro lado la ganancia excesiva de peso (obesidad) que podría desencadenar macrosomías fetales y aumentaría el riesgo de preclampsia y eclampsia, síntomas de parto prematuro (contractilidad anormal) y rotura prematura de las membranas ovulares. En relación con el producto se destaca el bajo peso al nacer, tanto por nacimiento pretérmino, como por recién nacido de bajo peso para la edad gestacional⁽¹⁾.

En el parto, los problemas más frecuentes son las alteraciones en la presentación y posición del feto, las que se han relacionado con un desarrollo incompleto de la pelvis materna. Esto determina una incapacidad del "canal del parto" para permitir el paso del polo cefálico. Estas distocias provocan aumento de los partos operatorios (fórceps y cesáreas). Además el incompleto desarrollo del aparato genital de la madre adolescente es la estrechez del "canal blando", que favorece las complicaciones traumáticas del tracto vaginal. 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, las anemias previas y macrosomías fetales. La estrechez de cualquiera de ambas 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⁽¹⁾.

Los factores de riesgo para el hijo de madre adolescente están fuertemente interrelacionados con aspectos sociales, económicos y culturales, entre los que resaltan: baja escolaridad y bajo coeficiente intelectual de la madre adolescente, estado civil soltera e ilegitimidad del hijo, baja edad del progenitor, bajo nivel socioeconómico, prácticas alimenticias inadecuadas de la embarazada, abandono del progenitor, determinadas características del hogar, falta de apoyo familiar, bajos ingresos obtenidos en la actividad laboral de la madre adolescente y otras carencias que en la mayoría de los casos, interfieren con las mejores intervenciones técnicas⁽¹⁾.

De manera global e independientemente de los riesgos biológicos del hijo de madre adolescente, es por todos aceptado que son los factores sociales los que más van a incidir en la morbimortalidad de estos niños. El pronóstico del hijo de madre adolescente estará en dependencia de 2 elementos fundamentales: la presencia y participación del progenitor en el cuidado y crianza y la actitud de la familia de la madre y aceptación de este hijo. La madre adolescente que cuenta con el apoyo del progenitor y una familia que acepta su maternidad y colabora en la crianza de su hijo, asumirá en condiciones mucho más favorables su rol de madre y, en la mayoría de los casos, los riesgos de morbimortalidad de su descendencia serán similares a los de las madres adultas. Sin embargo, la madre soltera o abandonada por su pareja, rechazada por su familia y frustrada en su proyecto de vida presentará condiciones psicosociales que acentuarán los riesgos, tanto para ella, como para su hijo⁽¹⁾.

A nivel mundial cada año hay más de mil millones de adolescentes, 85 % en los países en desarrollo. Más de la mitad ha tenido relaciones sexuales antes de los 16 años. Existen 111 millones de casos nuevos de infecciones de transmisión sexual curables en menores de 25 años. Más de la mitad de casos nuevos de infección por virus de inmunodeficiencia humana -más de 7 000 por día- ocurre en jóvenes. El 10 % de

los partos acontecen en adolescentes. La mortalidad materna es de 2 a 5 veces más alta en las mujeres menores de 18 años que en las de 20 a 29 años⁽⁸⁾.

En Colombia se identificó que el 78 % de mujeres embarazadas están en un rango de edad entre 16 y 20 años. Del total de pacientes, el 72 % presentaron parto eutócico y 28 % tuvieron parto por cesárea. También se identifica igualdad en el porcentaje de preclampsia, con un 26 %; luego se encuentra la eclampsia, con un 19 %, y la ruptura prematura de membranas, con un 6 %. Se evidenció que en el momento del parto, las pautas que más se tienen en cuenta son la inducción y la conducción. En el momento de los controles prenatales, solo un 3 % de las embarazadas no se realizaron ningún control, y un 15,5 % se realizaron 5 controles⁽⁹⁾. Señalar que en el sistema de salud cubano es 10 consultas el mínimo de controles prenatales prediseñados constituyendo esto último como un factor de riesgo.

De modo similar se reflejan resultados en estudios realizados en Brasil donde el embarazo en adolescentes menores de 16 años demostró presentar mayor riesgo de complicaciones materno-fetales. Las adolescentes precoces tienen mayor prevalencia enfermedad hipertensiva gestacional, anemia, infecciones genitourinarias, hemorragia post-parto y rotura prematura de membrana. Los recién nacidos tienen mayor prevalencia al bajo peso, retardo de crecimiento intrauterino, parto prematuro y óbito neonatal⁽¹⁰⁾. Al mismo tiempo en publicaciones del mismo país donde se analizó datos de 2 557 nacimientos, se constató que las madres adolescentes estuvieron, de forma sistemática, en desventaja con relación a las demás madres, tanto en lo que se refiere a las características socioeconómicas en cuanto a la asistencia recibida durante la gestación y el parto⁽¹¹⁾.

Insistiendo en varias publicaciones que la edad materna por sí sola no está asociada con el bajo peso al nacer y que la adolescencia puede convertirse en un factor de riesgo de bajo peso al nacer entre las madres sin pareja, fumadoras, consumidoras de drogas y con trastornos alimenticios^(12,13).

En un estudio realizado⁽¹⁴⁾ se confirmó que cerca de un cuarto se mostró ansiosa o no controló sus emociones. Se evidencia que, durante el parto, muchas adolescentes se sienten vulnerables por la situación de la hospitalización y no actúan como protagonistas del nacimiento de sus hijos además mostró que el riesgo de muerte materna en adolescentes es el doble que en el resto de las mujeres de edad fértil, y cuatro veces mayor cuando se trata de menores de 15 años.

En cuanto al bebé se mostró que se encontraron bajo peso en un 24 % cuando la madre pertenecía a la categoría de edad de 10-14 años y de 10 % cuando la madre fue de entre 15 y 19 años, cada año mueren 70000 jóvenes en países en desarrollo por causas relacionadas con la maternidad temprana. De las adolescentes nunca embarazadas, 84,1 % son solteras, mientras que 83,1 % de las adolescentes con antecedente de embarazo está o ha estado unida⁽¹⁴⁾. El 80 % de los niños hospitalizados por desnutrición grave son hijos de madres adolescentes⁽⁷⁾.

De las adolescentes embarazadas por primera vez al momento de la encuesta, 67,7 % vive con la pareja y el nivel socioeconómico de las adolescentes con embarazos previos o subsecuentes se describió que un 58,9 % se encuentra en nivel socioeconómico bajo, mientras que 41 % de las nunca embarazadas se encuentra en la misma situación económica. De las adolescentes sin antecedente de embarazo, 39,5 % no está afiliado a ninguna institución de salud, en tanto que 59,6 % de las previamente embarazadas está afiliada al Seguro Popular^(3,14).

Para el periodo de análisis 2008-2012, se aprecia que en el grupo de 10 a 14 años hay un incremento de 26,3 %, para el grupo de 15 a 19 años un aumento de 16,2 %, mientras que para el total de 10 a 19 años el incremento fue de 16,6 %. El grupo de 20 a 49 años aumentó en 10,7 % durante el mismo lapso⁽¹⁵⁾.

La elevada incidencia de embarazos en adolescentes en Latinoamérica, solo superada por África, no solo persiste, sino que tiene una tendencia al incremento, lo que supone un freno para el desarrollo de la región. Mientras los índices de maternidad tienden a disminuir en todos los grupos de edades, existe una clara tendencia a su aumento en el grupo de adolescentes entre 15 y 19 años. Cuba, aunque con una situación menos desfavorable no escapa a esta realidad⁽²⁾.

Cuba se encuentra en una fase avanzada de su transición demográfica con bajos niveles de mortalidad y fecundidad. El descenso de la fecundidad ha sido sostenido, situándose en niveles por debajo del reemplazo desde el año 1978. En el 2010 la tasa global de fecundidad se estimó en 1,6 hijos por mujer, los niveles bajos de fecundidad continúan oscilando por debajo del reemplazo, se situó en el año 2011 en 0,86 hijas por mujer. El 17,9 % de la población tiene más de 60 años, comportamiento que se espera continuará incrementándose hasta ser alrededor del 25 % en el próximo decenio. En correspondencia, se estima que el 17 % de la población tiene menos de 15 años, proporción que se prevé disminuirá hasta el 12 % en los próximos 20 años⁽¹⁶⁾.

Es por tanto, contradictorio y alarmante el continuo incremento de la fecundidad adolescente en los últimos años, transitando desde 44,9 nacimientos por cada 1 000 mujeres entre 15 y 19 años en el 2005, hasta 57,3 en el 2011, llegó a representar el 16 % de la fecundidad total, es además la única tasa que ha aumentado su peso relativo; pero lo más preocupante y llamativo es que también se ha incrementado la tasa de aborto, la cual llegó a ser superior a la de todas las mujeres en edad reproductiva. De manera que, no son solo los nacimientos, sino los embarazos en general los que están aumentando en las adolescentes⁽¹⁶⁾.

Dentro de la problemática del embarazo precoz y sus consecuencias, el aborto tiene un sitio especial, las razones están en el orden biológico, psicológico y social. En lo biológico se encuentra la tendencia en ambos sexos a la aparición del desarrollo puberal a edades cada vez más tempranas, se acompaña en el área psicosocial por un inicio precoz de las relaciones sexuales y un bajo nivel de utilización de los métodos anticonceptivos, todo esto enmarcado en una sociedad permisiva que por lo general acepta y en ocasiones favorece este tipo de comportamiento. Como consecuencia se incrementa el período en el cual las y los adolescentes son biológicamente fértiles, pero no poseen el desarrollo psicológico ni social adecuado para enfrentar estas responsabilidades, es más amplio el período de vulnerabilidad para la ocurrencia de embarazos no deseados ni previstos.

Por otro lado, el embarazo en la adolescencia ocurre mayoritariamente en jóvenes solteras, en tanto en aquellas con pareja estable se describe una alta incidencia de separaciones durante el transcurso de la gestación, por lo que el abandono del progenitor y la ilegitimidad desprotegida son factores que influyen de forma decisiva en que muchas de las adolescentes opten por la interrupción voluntaria de la gestación, proceder que si bien al realizarse en condiciones seguras ha reducido la mortalidad asociado a este, continúa cobrando cada año un alto precio en salud sexual y reproductiva, pues secuelas como los embarazos ectópicos, los procesos inflamatorios pélvicos y la infertilidad se han convertido en un lastre que pueden afectar seriamente el futuro reproductivo de adolescentes y jóvenes⁽¹⁶⁾.

Estudios focales realizados en diferentes instituciones y provincias del país, estiman que, incluidas las regulaciones menstruales, uno de cada cuatro abortos (25 %), tiene lugar en una menor de 20 años, esta proporción se hace puntualmente mayor en algunas provincias orientales (Las Tunas, Granma, Guantánamo), en las que este indicador ha llegado a cifras tan alarmantes como el 45 %⁽¹⁶⁾.

La población de adolescentes embarazadas en Cuba se comporta como un grupo intervenido, pues se encuentra priorizada su atención en los lineamientos del programa nacional materno infantil, cuyo pilar fundamental es la atención basada en el enfoque de riesgo y su núcleo básico es el médico y la enfermera de la familia. Es por esto que cuando se estudia la morbilidad en la gestante adolescente y su producto, se ha encontrado un comportamiento similar, e incluso, en muchos casos, inferior al que se reporta en madres entre 20 y 35 años. Solo indicadores que miden más desarrollo social que complicaciones médicas se observan con mayor frecuencia en las adolescentes y son estos el bajo peso al nacer y la prematuridad, por lo general, secuelas de trastornos nutricionales en la madre, en especial la malnutrición por defecto⁽¹⁾.

No obstante, cuando se ha intervenido precozmente en estas gestantes adolescentes malnutridas, se han logrado reducir estos indicadores adversos. Es, por tanto, la morbilidad desde el punto de vista social lo que más influye, según nuestro criterio, al enfocar la problemática de las adolescentes embarazadas. La frustración de su proyecto de vida, cuyo principal ejemplo es el abandono de los estudios, constituye un pesado lastre para una joven que no se encuentra preparada para encarar un cambio tan brusco en su vida.

En la provincia de Granma se constató estudio realizado en 2015 que predominan las adolescentes embarazadas de 14-16 años (24 %) y de 17-19 años (76 %). Además, solo el 28 % están actualmente con pareja estable, el resto fue un embarazo oculto, no pudieron identificar la paternidad o vivieron poco tiempo en pareja y aún en periodo gestacional fueron abandonadas por el padre del bebé. Lo que evidencia que en esta etapa ninguna de los adolescentes padre o madre están preparados para asumir ese rol lo que repercute en la educación y atención del bebé. Incluidas en alto riesgo (80 %) porque además de estar embarazadas en una edad en la que no están preparadas biológica ni psicológicamente para dar a luz, tienen asociados otros problemas como pertenecer a familias con situaciones económicas precarias o con problemas en el funcionamiento, así como problemas de salud de desnutrición, asma y riesgo de prematuridad por baja talla y bajo peso⁽¹⁷⁾.

En un estudio realizado⁽¹⁸⁾ se mostró que entre las adolescentes embarazadas, el bajo peso materno estuvo presente en el 59,8 %, el 87,1 % de estas eran amas de casa, el 78 % de estas gestantes presentó alguna enfermedad durante el embarazo y sus productos sufrieron mayor número de complicaciones, además de asociarse con mayor frecuencia las complicaciones posparto para la madre.

Un estudio realizado en Manzanillo⁽¹⁹⁾ mostró que entre las adolescentes embarazadas, el 55,9 % eran solteras, más del 58,9 se realizaron abortos provocados. En este estudio fue alarmante el hecho de que el 52,9 % tenían Hábitos como el de fumar o beber alcohol.

Todo lo realizado en este sentido hasta hoy no ha logrado revertir esta problemática, por lo que se impone una profunda reflexión y elaboración de nuevas estrategias que incluyan la activa participación de todos los sectores de la sociedad, con vistas a enfrentar con efectividad esta crucial problemática y lograr que la reducción del embarazo en la adolescencia deje de ser una asignatura pendiente.

CONCLUSIONES

El embarazo en adolescentes es de alto riesgo por las complicaciones maternas no controladas durante este y en algunos casos por deficiencia en el control prenatal, el nivel socioeconómico y las enfermedades de base. Presenta gran repercusión tanto física como psicológica en la adolescente al tener que enfrentarse a eventos que mayormente no han sido planificados y para los cuales no está

preparada y que constituye a largo plazo un impedimento para que estas puedan desarrollarse en las diferentes esferas económicas, sociales, científicas y culturales que pudieran haber consolidado de no haber interrumpido precozmente su propio desarrollo. Disminuir el embarazo adolescente es un gran desafío y una meta sanitaria comprometida por el país, por lo que estrategias de prevención resultan prioritarias.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran que no existen conflictos de intereses

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud [Internet]. Ginebra, Suiza: OMS; 2018 [citado 29 Nov 2018]. Salud de la madre, el recién nacido, del niño y del adolescente; [aprox. 10 pantallas]. Disponible en: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/es/
2. Williamson N. Maternidad en la niñez: Enfrentar el reto del embarazo en adolescentes [Internet]. New York: UNFPA; 2013 [citado 15 de jul de 2017]. [aprox. 132p]. Disponible en: <http://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/ES-SWOP2013.pdf#overlay-context=>
3. Villalobos A, Campero L, Suárez L, Atienzo EE, Estrada F, De la Vara E. Embarazo adolescente y rezago educativo: análisis de una encuesta nacional en México. Sal públ Méx [Internet]. 2015 [citado 2017 Jul 15]; 57(2): [aprox. 9p]. Disponible en: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342015000200008&lng=en
4. Rigol Ricardo O, Santiesteban Alba S. Obstetricia y ginecología [Internet]. La Habana: ECIMED; 2014 [citado 29 Nov 2018]. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/libros_texto/ginecologia_obstetricia_3raedicion/cap40.pdf
5. Quintero AP, Rojas HM. El embarazo a temprana edad, un análisis desde la perspectiva de madres adolescentes. Rev Virt Univer Cat Nort [Internet] 2015 [citado 20 Feb 2018]; 68(44) 222-237. Disponible en <http://revista.virtual.ucn.edu.co/index.php/RevistaUCN/article/view/626/1161>
6. Cabeza Cruz E. Salud sexual y reproductiva. Manual de procedimientos. La Habana, Cuba: ECIMED; 2015.
7. Mora AM, Hernández M. Embarazo en la adolescencia: cómo ocurre en la sociedad actual. Perinatol Reprod Hum [Internet]. 2015 [citado 2017 Nov 15]; 29(2): [aprox. 7p]. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0187533715000175>
8. Gálvez Espinosa M, Rodríguez Arévalo L, Rodríguez Sánchez CO. El embarazo en la adolescencia desde las perspectivas salud y sociedad. Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]. 2016 [citado 2018 Mar 10]; 32(2): 280-9. Disponible en: <http://revmgi.sld.cu/index.php/mgi/article/view/225/70>
9. Ramírez Ladino KE, Medina Franco LA, Arias Olarte NA, Jiménez Barbosa WG. Características ginecobstétricas de adolescentes que tuvieron su parto en el periodo julio-diciembre del 2012 en una

institución de salud. Cien Tecnol Salud Vis Ocul [internet]. 2014 [citado el 2017 Dic 10]; 12(2): [aprox.7p]. Disponible en: <http://revistas.lasalle.edu.co/index.php/sv/article/view/3294/2621>

10. Bouzas ICS, Cader SA, Leão L. Embarazo en la adolescencia: una revisión sistemática del impacto de la edad materna en las complicaciones clínicas, obstétricas y neonatales en la primera fase de la adolescencia. Adolesc Saude. [Internet]. 2015 [citado 15 Feb 2016]; 12(2): 58-72. Disponible en: http://www.adolescenciaesaude.com/detalhe_artigo.asp?id=515&idioma=Espanhol

11. Cesar JA, Mendoza-Sassi RA, Gonzalez-Chia DA, Mano OS, Goulart-Filha SM. Características sociodemográficas e de assistência à gestação e ao parto no extremo sul do Brasil. Cad Saúde Pública [Internet]. 2011 [citado 2017 Dic 10]; 27(5): 985-94. Disponible en: https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0102-311X2011000500016&script=sci_arttext&lng=es

12. Guimarães AMDN, Bettiol H, Souza L, Gurgel RQ, Almeida MLD, Ribeiro ERRO, et al. Is adolescent pregnancy a risk factor for low birth weight? Rev Saúde Pública [Internet]. 2013 [citado 2017 Feb 10]; 47(1): 11-9. Disponible en: https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0034-89102013000100003&script=sci_arttext

13. Castro A, Leite AJ, Vieira Bruno Z; Gomes B. Filho J, Ferreira da Silva C. Gravidez na adolescência e baixo peso ao nascer: existe associação? Rev Paul Pediatr [Internet]. 2011 [citado 2017 Feb 10]; 29(4): 489-94. Disponible en <http://www.redalyc.org/pdf/4060/406038939004.pdf>

14. Martínez HT, Silva AI, Cabrera P, Mendoza AJ. Perfil obstétrico de adolescentes embarazadas en un hospital público: riesgo al inicio del trabajo de parto, parto, posparto y puerperio. Rev Latino-Am Enfermagem [Internet]. 2015 [citado 16 Jul 2016]; 23(5): 829-836. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692015000500829 &lng=en

15. Reyes AE, Navarrete-Hernández E, Canún-Serrano S, Valdés-Hernández J. Porcentaje de nacimientos y tasas de fecundidad en adolescentes de México (2008-2012): estratificación y priorización de municipios con alto riesgo. Ginecol Obstet Mex [Internet]. 2012 [citado 2017 Feb 10]; 83: 760-769. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=62034>

16. Gálvez Espinosa M, Rodríguez Arévalo L, Rodríguez Sánchez CO. El embarazo en la adolescencia desde las perspectivas salud y sociedad. Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]. 2016 [citado 2018 Jun 10]; 32(2): 280-9. Disponible en: <http://www.revmgj.sld.cu/index.php/mgi/article/view/225>

17. González Sábado R, Martínez Cárdenas CA, Martínez González A, Martínez González O, Mariño Márquez E. Riesgos biopsicosociales en gestantes adolescentes, propuesta de evaluación en el nivel primario. Multimed [Internet]. 2015 [citado 16 de Jun 2016]; 20(1): [aprox.14p]. Disponible en: <http://www.revmultimed.sld.cu/index.php/mtm/article/view/141>

18. García García AL, Felipe Díaz K, Álvarez Felipe HB, Rodríguez Marín O, Delgado Quintero M, Rodríguez García S. Morbilidad y conductas de riesgo en adolescentes ingresados en el Hospital General de Ciego de Ávila. MediCiego [Internet]. 2018 [citado 2018 Jun 10]; 24(1): 4-9. Disponible en: <http://www.revmediciego.sld.cu/index.php/mediciego/article/view/814>

19. González Broche M, Martínez Barreiro LA, Roig Castro I, Zamora León I, García Espinosa C, Piquet Roca N. Trayectoria reproductiva de mujeres adolescentes en Consultorio No 8 Policlínico No. 2 de Manzanillo. Multimed [Internet]. 2018 [citado 2018 Nov 21]; 22(6): 1221-1231. Disponible en: <http://www.revmultimed.sld.cu/index.php/mtm/article/view/1048>



Este artículo de [Revista Universidad Médica Pinaréña](#) está bajo una [Licencia Creative Commons Atribución 4.0 Internacional](#). Esta licencia permite el uso, distribución y reproducción del artículo en cualquier medio, siempre y cuando se otorgue el crédito correspondiente al autor del artículo y al medio en que se publica, en este caso, [Revista Universidad Médica Pinaréña](#)