

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

E. A. P. DE OBSTETRICIA

**Complicaciones materno perinatales en adolescentes con
reincidencia de embarazo, estudio caso control:**

Instituto Nacional Materno Perinatal - 2006.

TESIS

para optar el título profesional de Licenciada en Obstetricia

AUTORAS

Hermelinda Elvina Acuña Untiveros

Yudith Ochoa Cárdenas

ASESOR

Erasmus Huertas Tacchino

Lima – Perú

2007

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos profundamente a Dios, por ser quien nos guía e ilumina los pasos en nuestro sendero, con su sabiduría y con sus principios de amor y justicia. A nuestros padres y familiares por su apoyo y comprensión en todo momento; los cuales estarán presentes en lo más profundo de nuestros corazones. Nuestro gran reconocimiento y agradecimiento al Mg. Óscar Munares García por su entrega y motivación permanente, compartiéndonos sus conocimientos e ideas que fueron aportes valiosos en el desarrollo y culminación del presente estudio. A nuestro asesor el Dr. Erasmo Huertas Tacchino, por sus aportes y exigencia en la ejecución del presente trabajo. Un agradecimiento especial al Dr. José Alberto Castro Quiróz, docente de la UNMSM, por su gran disposición para brindarnos su valiosa ayuda. Del mismo modo a la Licenciada Obstetriz Milena Alfaro.

DEDICATORIA:

Dedicamos el presente trabajo a nuestros padres y familiares por el apoyo constante e incondicional que nos brindan día a día y por inculcarnos que la educación es el pilar fundamental en el desarrollo de todo ser humano.

INDICE

RESUMEN:	5
INTRODUCCIÒN:	6
OBJETIVOS:	12
MATERIAL Y METODOS:.....	13
RESULTADOS:	19
DISCUSIÒN:	27
CONCLUSIÒN:	36
RECOMENDACIÒN:	38
BIBLIOGRAFÌA:.....	40
ANEXOS:	
Anexo 1:.....	46
Anexo2:.....	49

RESUMEN

COMPLICACIONES MATERNO PERINATALES EN ADOLESCENTES CON REINCIDENCIA DE EMBARAZO. ESTUDIO CASO CONTROL - INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL - 2006

OBJETIVO: Analizar las complicaciones materno perinatales en adolescentes con reincidencia de embarazo comparadas con un grupo de adultas.

MATERIALES Y MÉTODOS: Estudio de casos y controles, se estudió 46 adolescentes con reincidencia de embarazo y un igual número de adultas segundigestas (20 a 34 años), grupo control. Esta información fue recogida mediante la entrevista estructurada y revisión de historias clínicas. Para el análisis de los datos se utilizaron distribución de frecuencia, Chi cuadrado (significativo $p < 0.05$), para la determinación de las asociaciones se utilizó la razón de productos cruzados (OR) con sus intervalos de confianza al 95%.

RESULTADOS: La edad promedio de adolescentes fue 17.46 y en adultas 27.06 años. Al analizar las características maternas encontramos: convivencia (75%), grado de instrucción incompleta (73.9%), antecedente de aborto (54.3%), periodo intergénésico corto (< 2 años) (87%), no uso de método anticonceptivo (71.7%), paternidad diferente en cada embarazo (34.5%), involucrarse con parejas mayores (63.0%) y tener padres separados (67.4%), siendo estas características más frecuentes en adolescentes que en adultas. La complicación materna más frecuente para ambos grupos fue la anemia (43.5%), mientras que la preeclampsia (13.0%) ($p < 0.05$) y el trabajo de parto disfuncional (14.8%), fueron mayores en las adolescentes. En cuanto a las complicaciones perinatales más resaltantes en las adolescentes se encontraron: sufrimiento fetal agudo (13.0%), recién nacido prematuro (13.0%) y bajo peso al nacer (8.7%).

CONCLUSIÓN: Las adolescentes con reincidencia de embarazo tienen periodos intergénésicos cortos (< 2 años), a su vez tienen mayor frecuencia de complicaciones materno perinatales que el grupo de adultas.

Palabras clave: Adolescente, reincidencia de embarazo, repetición de embarazo, complicaciones maternas, complicaciones perinatales, características maternas.

INTRODUCCIÓN

El embarazo en adolescentes es una entidad mundialmente conocida como un problema relevante de salud pública, tanto en países desarrollados como en aquellos países en vías de desarrollo: Por su prevalencia, su tendencia a aumentar en los sectores más carenciados de la población, sus efectos adversos sobre la salud de la madre y del niño, su contribución a la persistencia de la pobreza, y porque se puede prevenir. ^(1,2,3,4,5)

La Organización Mundial de la Salud (OMS) establece que la adolescencia transcurre entre los 10 y 19 años de edad y la define como el periodo de la vida en que el individuo adquiere la madurez reproductiva y transita por los patrones psicológicos de la niñez a la vida adulta. Se divide en adolescencia temprana (10-15 años) y adolescencia tardía (16-19 años); por lo tanto el embarazo adolescente es aquella condición que ocurre en mujeres entre 10 y 19 años, independiente de la edad ginecológica. ^(6,7,8)

Hay más de mil millones de adolescentes en el mundo y el 85% se concentra en los países en desarrollo, más de la mitad ha tenido relaciones sexuales antes de los 16 años, 6% de mujeres entre 15 y 19 años dan a luz en un año (*Population Reference Bureau 2006*), ⁽⁹⁾ y del total de partos el 10% acontece en adolescentes, la muerte materna es 2 a 5 veces más alta en mujeres menores de 18 años que en las de 20 a 29 años ^(7,10) y es 6 veces mayor cuando es menor de 15 años. ⁽¹¹⁾ Se calcula que la cuarta parte de los embarazos en adolescentes corresponde a un embarazo consecutivo o reincidente, ⁽¹¹⁾ otros autores constataron alto porcentaje de reincidencia o repetición de embarazo en la adolescencia que va de 10 a 45%. ^(1,3,6,11-28) Estas cifras varían dependiendo de la región y el grado de desarrollo del país estudiado. En el Perú publicaciones sobre embarazo en adolescentes reportan que los casos de reincidencia de embarazo varían del 11,3% al 24.2%. ^(17-18,20-21,29-30)

En América del Sur el 16% de las mujeres han dado a luz antes de los 18 años, En nuestro país, los jóvenes constituyen el 30% del total de la población, ⁽⁹⁾ la población de adolescentes representa 5 749 220 de la población total (INEI 2004). ⁽³¹⁾ y la tasa de embarazo en adolescentes continúa siendo alta, según el ENDES 2004, 12.7% son madres adolescentes o cursan con un primer embarazo, estas cifras varían de 9% a 29% de acuerdo a los contextos

geográficos.⁽³²⁾ Según *Population Reference Bureau 2006*, en el Perú el 14% de las mujeres han dado a luz antes de los 18 años.⁽⁹⁾

Según el Ministerio de Salud (MINSa), el 23,7% de las atenciones prenatales y el 16% de los partos institucionales son de adolescentes, además señala que los partos en adolescentes de las Direcciones de Salud Nacional se han incrementado cada año ascendiendo de 43 231 en el año 2000 hasta llegar a 60 253 en el año 2003 y 67 445 en el año 2004, que en cantidades porcentuales esto representa del 12% al 16% aproximadamente. De cada 6 muertes maternas una es adolescente (DGSP-OGE2003).⁽³³⁾ La alta tasa de embarazos se asocia con un inicio de vida sexual activa tempranamente y por un mal uso o falta de uso de métodos anticonceptivos, entre otros factores.⁽²⁰⁾

Los estudios muestran que el mayor número de adolescentes embarazadas se halla en las zonas rurales y en las clases sociales menos favorecidas, donde el nivel de educación, al igual que las redes socioeconómicas de apoyo, suelen ser precarios. También el caso de repetir o reincidir un embarazo es más frecuente en estos sectores.^(12,34) Tal es así que el embarazo en la adolescencia ha sido llamado el síndrome del fracaso, o la puerta de entrada al ciclo de la pobreza.^(7,35)

Diversos investigadores mencionan que las siguientes características están fuertemente asociadas con una reincidencia de embarazo durante la adolescencia:^(2,19,22,27,36-39)

El inicio precoz de relaciones sexuales, cuando aún no existe la madurez emocional necesaria para implementar una adecuada prevención. Los últimos estudios demuestran que cada vez se da a una edad más temprana (menores de 15 años), lo que agregado al escaso conocimiento de salud reproductiva aumenta el riesgo de adquirir enfermedades de transmisión sexual, así como de embarazos no deseados y abortos.⁽¹⁰⁾

Este inicio precoz de relaciones sexuales se da muchas veces tras un intervalo corto de una **menarquia temprana** (edad de presentación de la primera menstruación, que otorga cierta madurez reproductiva cuando aún la adolescente no maneja situaciones de riesgo).

Relacionarse con parejas mayores y residir con la pareja, en muchas circunstancias se debe a una carencia afectiva por proceder de un hogar disfuncional, donde la adolescente busca la figura paterna.⁽¹⁹⁾ Esto es una situación quizás paradójica ya que el tener una pareja estable o vivir con la pareja podría otorgar aparentemente una estabilidad a la adolescente;

pero también por otros factores como el desconocimiento de la salud reproductiva, constituye mayor posibilidad de repetir el embarazo.

Proceder de un hogar disfuncional, uniparental o con conductas promiscuas, que ponen de manifiesto la necesidad de protección de una familia. También se dan casos donde la adolescente no vive con los padres. Todas estas ausencias generan carencias afectivas que la adolescente no sabe resolver, impulsándola a tener relaciones sexuales que evidencian mucho más de sometimiento para recibir afecto, que genuino vínculo de amor; uniéndose así a parejas sin iniciar una vida en común, lo que en mayoría termina con el abandono de la mujer y el hijo, configurando el problema de la “madre soltera”, con la posibilidad de unirse a otra pareja.

Baja escolaridad, con desinterés general. Debido a la deserción escolar por el embarazo y sumado a la escasa o carencia de apoyo familiar y de la pareja. Los estudios señalan que las adolescentes que cursaban o habían terminado la secundaria al momento de su embarazo tendrán dificultades para escalar mayores niveles de educación, esto agravado aún más por el hecho de pertenecer a un estrato socioeconómico bajo.^(2,19)

Antecedente de aborto, los estudios reportan cifras que van del 21% al 50%^(29,36,39) de adolescentes con antecedente de aborto; constituyendo un grupo de alto riesgo que al no recibir la asesoría adecuada que las motive a un proyecto de vida diferente a la maternidad, tienen gran probabilidad de repetir el embarazo con un corto periodo intergénésico.

No uso de métodos anticonceptivos o en muchos casos ineficiente por el abandono o mal uso; esto debido a muchos factores como el grado de escolaridad, tiempo de relación con la pareja, ignorancia y desconocimiento de la propia sexualidad y del proceso reproductivo, entre otros.

Embarazos no planificados, ya que ocurren en un momento no favorable sin haber decidido o pensado en cuándo y cuántos hijos tener.

Periodos intergénésicos cortos, relacionado al tiempo que hay de separación entre el fin del penúltimo embarazo y la fecha de inicio del último embarazo. Se considera corto cuando es menor de 24 meses, trayendo consecuencias adversas en la salud de la madre y del niño.

A su vez tienen un menor número e inicio tardío del control prenatal^(2,28), generalmente en el segundo o tercer trimestre, por lo que contarán con un menor número de controles. Todo esto se asocia con mayor número de complicaciones e incremento de las tasas de morbilidad materna y perinatal.^(2, 18)

El embarazo constituye a cualquier edad un evento biopsicosocial sumamente importante para los actores directos madre-niño y para su entorno en grados variables. Sin embargo existen grupos de mujeres en más alto riesgo de presentar complicaciones por una serie de condicionantes llamados factores de riesgo como por ejemplo: Edad, paridad entre otros. Las edades tempranas y tardías han sido clásicos marcadores de riesgo en Obstetricia.

La adolescente con reincidencia de embarazo vive circunstancias biopsicosociales difíciles, lo que influye en gran medida en su estado de ánimo. Se ve enfrentada a una sobrecarga emocional debido a que debe conciliar tres etapas en su vida: su propia adolescencia, su rol como madre y la demanda que exige la maternidad en una edad en que todavía no tiene la madurez psíquica, biológica, emocional ni social.

El análisis de datos de diversos estudios muestran que las adolescentes presentan mayor riesgo de infección del tracto urinario, anemia, preeclampsia, eclampsia y trabajo de parto disfuncional, hemorragias posparto, infecciones puerperales así como un mayor riesgo de tener un niño con bajo peso, restricción del crecimiento intrauterino y recién nacido prematuro, al comparar las cifras con datos provenientes de mujeres adultas.^(6,8,11,18,27) Estos resultados son aún mayores en adolescentes con reincidencia de embarazo ya que la mayoría repite el embarazo con periodos intergenésicos cortos.^(2,40-42) Constituyendo así una condición de alto riesgo obstétrico para que se presenten las complicaciones materno perinatales. También señalan que una de las complicaciones del embarazo o patología asociada al embarazo, más frecuente en adolescentes con reincidencia de embarazo es la anemia, donde los niveles de hemoglobina son inferiores a 11 g/dl. Esto se debe a la mala nutrición materna la cual se asocia con mayor frecuencia de preeclampsia, prematurez y bajo peso al nacer. La adolescente embarazada presenta competencia de nutrientes por doble demanda, de un lado aquellos requeridos para su propio crecimiento y de otro aquellos que le impone la gestación.

La frecuencia de preeclampsia. (Trastorno de la gestación que se presenta después de la 20 semanas caracterizado por la aparición de hipertensión arterial, asociado a proteinuria > de 0.3g/dl en orina de 24 horas o > de 1 g/l en una muestra aislada (*American College of Obstetricians and Gynecologists. Hipertensión in Pregnancy ACOG,1996*) reportada en la mayor parte de las publicaciones es más en adolescentes que en el grupo de adultas. Constituyendo la segunda causa de mortalidad materna en nuestro país, esto se asocia con el inadecuado aporte de nutrientes y alta frecuencia de inasistencia al control prenatal. La

ruptura prematura de membranas (RPM) e infección del tracto urinario (ITU) son patologías que también se presentan con mayor frecuencia en adolescentes.

Lammers,⁽²⁾ en un estudio realizado en Uruguay, encontró que el 77% de adolescentes con reincidencia de embarazo presentaron recién nacidos prematuros. Akimbami y col⁽⁴⁰⁾ estudio realizado en EE.UU muestra que las adolescentes presentan mayor riesgo de prematuridad que las adultas; similares resultados encontraron Mayer y col.⁽³⁾ y Yu tang.⁽¹⁸⁾ Esta alta frecuencia se debería en parte a la infección urinaria, sumada a otras entidades que se citan como responsables tales como procesos infecciosos cérvico-vaginales que pueden ocasionar directa o indirectamente (a través de la ruptura prematura de membranas) Parto Pretérmino.

Diversos estudios también muestran alta frecuencia de bajo peso al nacer en este grupo. Esta complicación podría explicarse debido a que las adolescentes repiten el embarazo tras un periodo intergénésico corto (<2años) y presentan un inadecuado control prenatal.

Llama la atención que las adolescentes repiten el embarazo tras un periodo intergenésico corto, este aspecto se relaciona con el llamado fenómeno de competencia, que aumenta la desnutrición en edades tempranas y reduce la supervivencia del hijo previo por el destete precoz al reducir la duración de la lactancia materna.

En el puerperio la morbilidad está ligada a la vía del parto. La infección de herida operatoria, endometritis están asociadas con un mayor número de cesáreas de urgencia, práctica frecuente de episiotomía además del antecedente de anemia como factor predisponente. Estas complicaciones se presentan comúnmente en adolescentes.

La experiencia de una reincidencia del embarazo durante la adolescencia representa sin duda una sobrecarga aún mayor para la madre adolescente desde el punto de vista biológico, emocional, económico y social, sobre todo cuando esta situación afecta a adolescentes de sectores económicamente deprivadas. Las consecuencias son preocupantes ya que, por los antecedentes obstétricos y por el entorno que las rodea sumando a esto la escasa preocupación por controlar el embarazo, aumentan la incidencia de partos pretérminos, bajo peso al nacer, a la vez que se reduce la probabilidad que la madre adolescente complete su educación, capacitándose para lograr un mejor empleo y mejor calidad de vida^(41,42,43,44,45).

Es innegable que el embarazo en adolescentes se acompaña de riesgos psicológicos, sociológicos y obstétricos significativos. Los aspectos sociales son sumamente importantes.

Incluso para algunos autores, el factor social referido al ámbito en el que crece y se desenvuelve la adolescente tiene mayor impacto sobre su embarazo que su edad cronológica.⁽⁴⁶⁾

La reincidencia del embarazo en la adolescencia constituye un nuevo dilema en la atención primaria, principalmente en los países en desarrollo, debido al gran impacto psicosocial, que se traduce en deserción escolar, mayor número de hijos, desempleo, fracaso en relación de pareja e ingresos inferiores de por vida; constituyendo a perpetuar el ciclo de la pobreza y la “feminización de la miseria”,^(7,35) y por las complicaciones materno perinatales.

En muchos países como lo resalta Silva y Nogueira, la mayoría de los trabajos en adolescentes se detienen en analizar el comportamiento de primigestas, dejando de la lado la eventual situación de reincidencia del embarazo en adolescentes, lo que refuerza la importancia de estudiar las características del embarazo y complicaciones materno perinatales de este grupo vulnerable. Por tanto nos planteamos como objetivos llevar a cabo un estudio comparativo referente a las características maternas y a las complicaciones materno-perinatales en adolescentes con reincidencia de embarazo contrastadas con pacientes adultas, mediante un diseño observacional de casos y controles.

Teniendo en cuenta lo expuesto anteriormente nos planteamos el siguiente problema: **¿Cuáles son las complicaciones materno perinatales en adolescentes con reincidencia de embarazo comparadas con mujeres adultas de 20 a 34 años, atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal en los meses de septiembre a diciembre 2006?** Finalmente el presente estudio traería beneficios desde el punto de vista psicosocial, cultural, económico, familiar y de salud ya que al conocer las características maternas de las adolescente con reincidencia de embarazo nos guiará como base para la generación de estrategias de intervención en adolescentes, dentro de su grupo familiar y comunidad. Del mismo modo orientar a la búsqueda de desarrollo de políticas de salud tendientes a contrarrestar los efectos deletéreos, minimizando los riesgos inherentes a este grupo poblacional.

OBJETIVOS

Objetivo general:

- Analizar las complicaciones materno perinatales en adolescentes con reincidencias de embarazo comparadas con un grupo de adultas (20 a 34 años), atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal en los meses de septiembre a diciembre del 2006.

Objetivos específicos:

- Analizar las características maternas de las adolescentes con reincidencia de embarazo y comparar con el grupo control.
- Analizar las complicaciones maternas del embarazo, parto y puerperio de adolescentes con reincidencia de embarazo y comparar con el grupo control (adultas).
- Analizar las complicaciones perinatales en adolescentes con reincidencia de embarazo y comparar con el grupo control.

Hipótesis:

Las adolescentes con reincidencia de embarazo presentan mayores complicaciones materno perinatales que las adultas.

MATERIALES Y METODOS

TIPO DE ESTUDIO

Analítico, Retrospectivo, Transversal, de Casos y Controles.

ÁREA DE ESTUDIO

El presente estudio fue realizado en el Instituto Nacional Materno Perinatal (INMP), ubicado en el Jr. A. Miro Quezada No. 941 – Lima, Institución de cuarto nivel de atención perteneciente al Ministerio de Salud (MINSA) dedicado a la atención materno perinatal, de pacientes en su mayoría provenientes de los estratos socioeconómicos más bajos de los diferentes sectores de Lima y Callao. Según los registros de la Oficina de Estadística de la mencionada Institución, en el año 2005 se tuvo 17,891 atenciones de partos de las cuales 3,214 (17.9%) correspondieron a adolescentes y de éstas 50 (1.5%) fueron casos de reincidencia de embarazo. En el año 2006, desde Enero a Agosto se registró 1,959 atenciones de parto en adolescentes, de las cuales 41 (2.2%) fueron casos de reincidencia de embarazo.

DISEÑO

El estudio fue realizado en los servicios de hospitalización del Instituto Nacional Materno Perinatal, durante el periodo de septiembre a diciembre de 2006, en las pacientes que tuvieron parto de un embarazo único durante el tiempo asignado para el estudio. Se tomó como muestra 46 adolescentes (10 a 19 años) con reincidencia de embarazo para los casos y 46 adultas (20 a 34 años) con reincidencia de embarazo (segunda gestación) para los controles. Fueron pareados utilizando las variables de control (día de ingreso al hospital y día de fin de la gestación). Los casos lo conformaron 46 adolescentes mujeres de 10 a 19 años con reincidencia de embarazo que ingresaron al Instituto Nacional Materno Perinatal por trabajo de parto y parto durante el periodo de estudio, y que se encontraban cursando las primeras 48 horas del puerperio. Los controles lo conformaron mujeres adultas de 20 a 34 años con segunda gestación que al igual que las anteriores han ingresado a la Institución por trabajo de parto y parto y se hallan cursando el segundo día del puerperio. A todas ellas se les ubicó en los diferentes servicios de Hospitalización del Instituto Nacional Materno Perinatal. Para cada grupo se determinó las características maternas, complicaciones maternas y perinatales, también se tomó en cuenta el tipo de parto, indicación de cesárea y características del recién nacido, edad gestacional. Los datos fueron recolectados en un formulario, los cuales fueron

obtenidos de las pacientes en forma directa mediante la entrevista para lo concerniente a las características maternas, y se complementaron con la revisión de las historias clínicas para los datos de complicaciones maternas, perinatales. Posteriormente se tabularon en una base de datos Microsoft Excel y se utilizó programas SPSS vs.10. El análisis consistió en estadística descriptiva e inferencial significativa con un $p < 0.05$.

UNIVERSO Y MUESTRA

Población:

Estuvo conformado por mujeres con reincidencia de embarazo atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal, en el periodo de septiembre a diciembre que cumplieron con los siguientes criterios de selección:

CRITERIO DE INCLUSIÓN

Grupo Caso

- Adolescentes con reincidencia de embarazo (10 a 19 años) atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal, cuyo fin de gestación fue el parto.
- Pacientes con historia clínica completa tanto materna como neonatal.
- Consentimiento voluntario.

Grupo Control

- Pacientes púérperas de segunda gestación entre 20 a 34 años atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal cuyo fin de gestación fue el parto.
- Pacientes con historia clínica completa tanto materna como neonatal.
- Consentimiento voluntario.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Grupo Caso

- Adolescentes con reincidencia de embarazo con patologías preexistentes.
- Adolescentes con reincidencia de embarazo con enfermedades mentales.
- Embarazos que terminan en abortos (menor de 22 semanas ó 500g).

Grupo Control

- Mujeres con patologías preexistentes que no son propias del embarazo.
- Mujeres con enfermedades mentales.
- Embarazos que terminan en abortos (menor de 22 semanas ó 500g).

MUESTRA

Unidad de análisis: Mujeres con reincidencia de embarazo atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal.

Unidad de muestreo:

- Mujer puérpera con reincidencia de embarazo.
- Historia Clínica de mujeres con reincidencia de embarazo.

Tamaño de la muestra

Para obtener la muestra de estudio nos hemos basado en los Registros del Departamento de Estadística del Instituto Nacional Materno Perinatal y los libros de Archivos de los Servicios de Hospitalización de la Institución mencionada. Inicialmente se revisaron los Registros del Servicio de Adolescencia con la Autorización verbal de la Jefa de Obstetrices del Servicio, donde encontramos 60 (4%) casos de gestantes adolescentes con reincidencia de embarazo atendidas desde Enero a Junio de 2006. Al realizar una pre prueba durante el mes de Agosto, a la vez que validábamos el instrumento de recolección de datos, encontramos 24 (8.4%) casos de adolescentes con reincidencia de embarazo. En el caso de las adultas con segunda gestación se estimó en un 45%. Todas estas referencias porcentuales sirvieron para obtener el tamaño de la muestra 8.4% en adolescentes (10 - 19 años) y 45% en adultas (20-34 años), para esto hicimos uso de las Tablas de comparación de proporciones (Cañedo D. Investigación Clínica 1986, pag.181) con una confianza de 95% y un poder de 95%. Tablas utilizadas en estudios Analíticos Clínicos. Por lo cual la muestra referida fue de 26 pacientes para cada población; mas decidimos ampliar dicha muestra trabajando con 46 casos (adolescentes) y 46 controles (adultas).

TIPO DE MUESTREO

La muestra fue determinada mediante muestreo no Probabilística por Conveniencia.

DEFINICIÓN DE VARIABLES

VARIABLE INDEPENDIENTE:

- **Adolescente con Reincidencia de Embarazo:** La Organización Mundial de la Salud (OMS) establece que la adolescencia transcurre entre los 10 a 19 años de edad, y el embarazo en adolescente es aquella condición de gestación que ocurre en mujeres antes de los 19 años, por lo tanto adolescente con reincidencia de embarazo es aquella

adolescente que repite un nuevo embarazo durante la adolescencia. También llamado embarazo subsiguiente, consecutivo, embarazo a repetición o adolescente multigesta.

VARIABLE DEPENDIENTE

Complicaciones materno perinatales: Son patologías que ocurren durante el embarazo, parto, puerperio y en el recién nacido y ponen en riesgo la vida de la madre y del producto de la concepción. Para el estudio se consideró las siguientes complicaciones, extraídas de los diagnósticos médicos en la Historia Clínica:

- **Complicación del embarazo:** Son aquellas complicaciones derivadas del embarazo, entre ellas tenemos: Amenaza de parto pretérmino, parto pretérmino, preeclampsia, infección del tracto urinario, oligohidramnios, anemia, ruptura prematura de membranas, desprendimiento prematuro de placenta, insuficiencia placentaria.
- **Complicaciones del parto:** Se consideró las siguientes complicaciones: Trabajo de parto disfuncional, desgarro perineal y otras.
- **Complicaciones del puerperio:** Son aquellas complicaciones propias u ocasionadas en el periodo de puerperio, entre ellas tenemos: Endometritis, síndrome febril, anemia, preeclampsia infección del tracto urinario, infección de herida operatoria.
- **Complicaciones fetales:** Son aquellas complicaciones propias del feto, entre ellas tenemos: óbito fetal, sufrimiento fetal agudo y restricción del crecimiento intrauterino.
- **Complicaciones del recién nacido:** Son aquellas complicaciones propias u ocasionadas en el recién nacido, entre ellas tenemos: Prematuro, bajo peso al nacer, pequeño para la edad gestacional, síndrome de distrés respiratorio. .

El indicador usado para las variables mencionadas en el presente estudio fue la presencia como diagnóstico en la Historia Clínica, codificadas como presencia (sí) o ausencia (no) de diagnóstico.

VARIABLES INTERVINIENTES

- | | |
|---------------------------------|----------------------------------|
| ▪ Edad | ▪ Padres separados |
| ▪ Grado de instrucción | ▪ Fin del embarazo anterior |
| ▪ Estado civil | ▪ Uso de métodos anticonceptivos |
| ▪ Ocupación | ▪ Número de controles prenatales |
| ▪ Edad de la pareja | ▪ Tipo de parto. |
| ▪ Ocupación de la pareja | ▪ Peso de recién nacido |
| ▪ Lugar de nacimiento | ▪ Apgar del recién nacido. |
| ▪ Inicio de relaciones sexuales | ▪ Periodo intergenésico.. |

VARIABLES CONTROL

- **Día de ingreso de la paciente:** Ingreso de la paciente al Instituto Nacional Materno Perinatal por el servicio de Emergencia, comprendidas entre el rango de ± 2 días, respecto a la fecha de ingreso del grupo de estudio(casos).
- **Día de fin de la gestación:** Finalización del embarazo, considerándose el mismo día para ambos grupos.

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS (Anexo 1)

El instrumento fue confeccionado basado en los juicios de expertos y de las referencias bibliográficas, el cual fue validado mediante un estudio piloto en 6 pacientes adolescentes en el mes de septiembre, lo que nos permitió hacer algunos reajustes en la redacción; del mismo modo tomar consideraciones para ciertas variables en cuanto al modo de establecer las preguntas y el tiempo a emplear para este procedimiento.

Para la recolección de los datos se emplearon las técnicas de Entrevista Estructurada y la Observación con la revisión de las Historias Clínicas. La aplicación del instrumento mediante un Formulario tuvo una duración aproximada de 20 a 25 minutos, en las cuales se indagó variables agrupadas en 3 secciones en base a los objetivos propuestos: Características maternas, Complicaciones maternas y Complicaciones perinatales. Para lo concerniente a las características maternas, los datos lo obtuvimos mediante la técnica de Entrevista Estructurada, y respecto a las complicaciones materno perinatales lo obtuvimos de los diagnósticos médicos presentes en la Historia Clínica mediante la técnica de Observación. Dentro de las complicaciones maternas se consideraron aquellas que se presentaron durante el embarazo parto y puerperio, tomándose en cuenta los datos del tipo de parto y causas de la cesárea. Respecto a las complicaciones perinatales se consideraron las complicaciones fetales y del recién nacido.

La revisión y manejo de la entrevista se realizó a la paciente previo Consentimiento Informado (Anexo 2); cumpliendo con los principios éticos y manteniendo en todo momento respeto, explicándosele el objetivo del estudio a fin de que colabore con respuestas veraces.

TRATAMIENTO O PROCESAMIENTO DE LOS DATOS

Todos los datos recolectados fueron tabulados y procesados en la base de datos Microsoft Excel; para luego pasarla al programa estadístico SPSS v 10 y Epi Info 2000; para su interpretación a través de estadística descriptiva e inferencial.

Se realizó un análisis estadístico descriptivo basado en el cálculo de frecuencias y porcentajes; asimismo, para estudiar la probabilidad comparativa de aparición de eventos entre pacientes adolescentes y adultas con reincidencia de embarazo, se calculó el odds ratio(OR) ajustado a un intervalo de confianza del 95%. Para valorar la significación estadística se utilizó la prueba del Chi cuadrado(X^2), con un $p < 0.05$.

Cuando los resultados en las distribuciones eran menores a 5 unidades se procedió a analizar en el Estadístico Exacto de Fisher con los mismos niveles de significancia estadística.

RESULTADOS

Inicialmente se solicitó la participación de 50 adolescentes con reincidencia de embarazo (casos) y 50 adultas con segunda gestación (controles), de los cuales 2 adolescentes no aceptaron ser entrevistadas, 1 adolescente presentó embarazo gemelar y un caso por tratarse de una posible cardiopatía a descartar. En el caso de adultas, 1 paciente no aceptó ser entrevistada, una presentó historia clínica de Recién Nacido (RN) incompleta, una paciente con enfermedad mental y un último control por tratarse de una paciente infectada con VIH en su actual gestación.

Se presentan los resultados en 3 áreas, de acuerdo a los objetivos establecidos, la primera correspondiente a las **características maternas** de las pacientes estudiadas (edad, estado civil, grado de instrucción, ocupación, edad de menarquía, inicio de relaciones sexuales, número de parejas sexuales, número de embarazos, periodo intergenésico, fin del embarazo anterior, embarazo planificado, uso de métodos anticonceptivos, convivencia actual, dependencia económica, tener padres separados, número de controles prenatales, embarazo de la misma pareja, edad de la pareja, grado de instrucción y ocupación de la pareja), la segunda área está dedicada a las **complicaciones maternas** (complicaciones del embarazo, parto y puerperio, datos del tipo de parto e indicación de cesárea) y la tercera correspondiente a las **complicaciones perinatales** (complicación fetal y de recién nacido y se mencionó algunas características del recién nacido).

Definición de siglas comúnmente utilizadas, en la presentación de resultados: CPN: Control Prenatal. RPM: Ruptura Prematura de Membranas. DPP: Desprendimiento Prematuro de Placenta. ITU: Infección del Tracto Urinario. TPD: Trabajo de Parto disfuncional. SFA: Sufrimiento Fetal Agudo. RCIU: Restricción del Crecimiento Intrauterino. RN: Recién Nacido. PEG: Pequeño para la Edad Gestacional. GEG: Grande para la Edad Gestacional. SDR: Síndrome de Dificultad Respiratoria. RNBP: Recién Nacido de Bajo Peso. OR: Odds Ratio. P: Nivel de significancia estadística menor a 0,05. IC al 95%: Intervalo de confianza al 95%.

Se analizó los datos en porcentajes, promedios, utilizando la estadística inferencial (Chi cuadrado) para valorar la significancia estadística (asumiendo como diferencia significativa $p < 0.05$) y para la determinación de la probabilidad comparativa de aparición de eventos entre adolescentes y adultas se presenta en OR (Odds Ratio) ajustado a un intervalo de confianza del 95%.

I. CARACTERÍSTICAS MATERNAS

Tras aplicar los criterios de exclusión, el número total de casos (adolescentes con reincidencia de embarazo) fue de 46 y la edad promedio para este grupo fue 17.46 años, un mismo número de controles (adultas con segundo embarazo) cuya edad media fue de 27.06 años (**Tabla 1**). La distribución de estos casos por edad se contabilizó de la siguiente forma: Adolescentes tempranas (10 a 15 años) 2.2% ($n = 2$), adolescentes tardías (16 a 19 años) 47.8% ($n = 44$).

En relación al estado civil, la convivencia representó un porcentaje mayor en ambos grupos tanto para adolescentes y adultas respectivamente (76.1% y 73.9%), el 23.9% de adolescentes eran solteras, no encontrándose el estado civil casada en el grupo de adolescentes, contrariamente a las adultas en que el 13% estaban casadas y un mismo porcentaje solteras(**Tabla 1**).

En cuanto al grado de instrucción se observó mayor frecuencia de adolescentes con secundaria incompleta representando el 67.4% al compararlas con adultas donde se encontró 15.2% en esta categoría, mientras que el nivel de secundaria completa fue mayor en adultas 67.4% con respecto a las adolescentes 21.7%, siendo esta diferencia significativa ($p < 0.001$) **Tabla 1**. Referente a la ocupación se observó que el mayor porcentaje de adolescentes y adultas son amas de casa con (97.8% y 82.6% respectivamente). Respecto al lugar de nacimiento el 28.3% de adolescentes con reincidencia de embarazo refirió ser de provincia.

En cuanto a la edad de presentación de la menarquia se encontró que la edad promedio de inicio fue de 12.26 años para las adolescentes y 13.54 años en adultas. La edad promedio de inicio de relaciones sexuales fue de 14.7 años para las adolescentes y 21.15 años para las adultas. El 41.3% de adolescentes tuvieron dos o más parejas sexuales mientras en las adultas esto representó un 23.9%.

Tabla N° 1. Características Maternas en Adolescentes con Reincidencia de embarazo.
Instituto Nacional Materno Perinatal - 2006

	Adolescente(N=46)	Adulta(N = 46)	p
	n(%)	n(%)	
Edad (promedio en años)	17.46	27.06	
Estado Civil			
Casada	-	6(13.0)	0.02
Soltera	11(23.9)	6(13.0)	
Conviviente	35(76.1)	34(73.9)	
Fin del Embarazo Anterior			
Parto	21(45.7)	28(60.9)	0.00
Aborto	25(54.3)	18(39.1)	
Periodo Ínter genésico			
< 12 meses	24(52.2)	17(37)	0.00
De 12 a 24meses	16(34.8)	8(17.4)	
>24 meses	6(13.0)	21(45.7)	
Embarazo Planificado			
Sí	11(23.9)	21(45.7)	0.04
No	35(76.1)	25(54.3)	
Uso de Métodos Anticonceptivos			
Sí	13(28.3)	18(39.1)	0.27
No	33(71.7)	28(60.9)	
Embarazos son de la misma pareja			
Sí			
No	30(65.2)	41(98.1)	0.01
	16(34.8)	5(10.9)	
Edad de la pareja (años)			
< 20	17(37.0)	-	
20 – 30	26(56.5)	27(58.7)	0.00
> 30	3(6.5)	19(41.3)	
Sus padres son separados*			
Sí	31(67.4)	13(28.3)	
No	15(32.6)	33(71.7)	0.00
Número de controles prenatales			
Sin CPN	7(15.2)	4(8.7)	
1 – 4	18(39.1)	12(26.1)	
> 4	21(45.7)	30(65.2)	0.16
Inicio del CPN			
Primer Trimestre	10(25.6)	15(35.7)	
Segundo Trimestre	13(33.3)	19(45.2)	0.09
Tercer Trimestre	16(41.0)	8(19.0)	

* OR = 5.24 (IC95%: 2.15 – 12.75)

Del total de adolescentes con reincidencia de embarazo para el 5.4% ya era su tercera gestación. De los embarazos anteriores a la actual gestación se observó que terminaron en parto 45.7% en adolescentes y 60.9% en adultas; mientras 54.3% de adolescentes y 39.1% de adultas presentaron antecedente de aborto, siendo esta diferencia significativa ($p < 0.001$)

Tabla 1. El 87% de adolescentes tuvo periodo intergenésico corto (menor de 2 años), con la observación de un 52.2% de adolescentes con periodo intergenésico menor de 12 meses y un 13.0% mayor de 2 años, en comparación a las adultas que el 45.7% tuvo un periodo intergenésico mayor de 2 años.

En cuanto a la planificación del embarazo el 76.1% de adolescentes manifestó no haber planificado su embarazo en comparación al 54.3% de adultas, presentando diferencia significativa ($p < 0.05$). La gran parte del grupo de estudio refirió no uso de métodos anticonceptivos, siendo el 71.7% de adolescentes y 60.9% de adultas, no hallándose significancia estadística. El 34.8% de las adolescentes refirió paternidad diferente en cada embarazo en comparación a las adultas (10.9%), siendo esta diferencia significativa ($p < 0.001$). La gran mayoría de adolescentes se relacionó con parejas mayores siendo así en un 63.0% eran mayores de 20 años, mientras que para un 37% de adolescentes sus parejas eran menores de 20 años ($p < 0.001$) **Tabla 1.**

Referente al aspecto familiar en el 67.4% de adolescentes sus padres eran separados por causas de abandono, muerte, entre otros; contrariamente al 71.7% de las adultas en el que sus padres no eran separados, resultando esta diferencia estadísticamente significativa ($p < 0.001$) (OR = 5.24 IC95%: 2.15 – 12.75) existiendo 5.24 veces más probabilidad de ser adolescente con padres separados y presentar una reincidencia de embarazo que cuando se es adulta y no tener padres separados.

En el presente estudio se encontró que el 15% de las adolescentes no tuvo control prenatal, el 39.1% tuvo de 1 a 4 CPN en comparación a las adultas donde el 65.2% tenía más de 4 CPN, no hallándose significancia estadística. En su mayoría las adolescentes iniciaron su control prenatal en el segundo y tercer trimestre, sólo un 25.6% inició en el primer trimestre contrariamente a las adultas quienes inician su control en el primer y segundo trimestre siendo sólo un 19% que inicia su control en el tercer trimestre, esta diferencia resultó estadísticamente significativa **Tabla 1.**

II. COMPLICACIONES MATERNAS

Las complicaciones maternas son las patologías asociadas al embarazo que ponen en riesgo la salud materna y fetal, al analizar las complicaciones durante el embarazo en adolescentes con reincidencia de embarazo y al comparar con las adultas se encontró:

Tabla No. 2 Complicaciones del Embarazo en Adolescentes con Reincidencia de Embarazo - Instituto Nacional Materno Perinatal - 2006

	Adolescente(N=46)	Adulta(N=46)	OR	IC al 95%
	n(%)	n(%)		
Sin complicación	10(21.7)	18(39.1)	0.43	0.17 – 1.08
Con complicación	36(78.3)	28(60.9)		
Amenaza de Aborto	2(4.3)	1(2.2)	2.04	0.17 – 23.37
Amenaza de Parto Pretérmino	9(19.6)	4(8.7)	2.55	0.72 – 8.98
Parto Pretérmino	6(13.0)	4(8.7)	1.57	0.41 – 5.99
Infección de Tracto Urinario	17(37.0)	11(23.9)	1.86	0.75 – 4.60
Oligohidramnios	4(8.7)	1(2.2)	4.28	0.46 – 30.90
Anemia	20(43.5)	20(43.5)	1.00	0.43 – 2.28
Preeclampsia*	6(13.0)	1(2.2)	6.75	0.77 – 58.49
R.P.M	9(19.6)	5(10.9)	1.00	0.61 – 6.49
D.P.P	1(2.2)	1(2.2)	1.00	0.06 – 16.48
Insuficiencia Placentaria	0(0.0)	2(4.3)	-	-
Polihidramnios	1(2.2)	1(2.2)	1.00	0.246 – 4.060
Hipertensión Gestacional	2(4.3)	3(6.5)	0.65	0.104 – 4.094
Otras complicaciones	5(10.9)	8(17.4)	0.57	0.174 – 1.926

* p<0.05

La complicación del embarazo más frecuente fue la anemia 43.5% para ambos grupos, se observó una elevada incidencia de ITU 37%, amenaza de parto pretérmino 19.6% (OR : 2.55), RPM 19.6%, parto pretérmino 13%, oligohidramnios 8.7% (OR: 4.28) y Preeclampsia 13.0% (p<0.05) (OR : 6.75 IC 95% 0.77 – 58.49), en grupo de adolescentes que en adultas, existiendo 6.75 veces más probabilidad de ser adolescente con reincidencia de embarazo y presentar preeclampsia que en ser adulta y no presentarla, en la población estudiada. **Tabla 2**

Las siguientes complicaciones fueron similares para ambos grupos: Amenaza de aborto, DPP y polihidramnios, no encontrándose diferencia significativa. La insuficiencia placentaria fue la complicación que sólo se presentó en adultas. Las adolescentes presentaron mayor número de complicaciones que las adultas. **Tabla 2**

VIA DE TERMINACIÓN DEL PARTO

La Vía de parto es la modalidad de culminación del embarazo después de las 22 semanas de gestación o expulsión del feto con peso >500g, puede ser la vía abdominal (cesárea) y vía vaginal, en nuestro estudio encontramos:

De la población estudiada el 65.2% (n = 60) fueron partos vaginales y 34.8% (n = 32) partos por cesárea. Al comparar el grupo de adolescentes con reincidencia de embarazo y al grupo de adultas se encontró 43.5% (n = 20) partos por cesárea y 56.5% (n = 26) partos vaginales para el primer grupo y 26.1% (n = 12), 73.9% (n = 34) respectivamente para el segundo grupo, no hallándose significancia estadística.

INDICACIÓN DE CESÁREA

La principal causa para la indicación de cesárea fue el SFA con una frecuencia de 20% (n = 4) para adolescentes y 9.1% (n = 1) para adultas, otras causas fueron la Preeclampsia severa (10%) y 9.1% en cesárea previa entre otros.

Tabla No. 3. Complicaciones del Parto en Adolescentes con Reincidencia de Embarazo: Estudio Caso-Control. Instituto Nacional Materno Perinatal- 2006

	Adolescente(N = 26)	Adulta(N = 34)	OR	IC al 95%
	n(%)	n(%)		
Sin Complicaciones	18(66.7)	28(80.0)	0.50	0.15 – 1.58
TPD*	4(14.8)	0(0.0)	-	-
Desgarro Perineal	4(14.8)	2(5.7)	2.87	0.48 – 16.99
Otras complicaciones	2(7.4)	5(14.3)	0.48	0.08 – 2.69

* p < 0.05

Al valorar las complicaciones durante el parto, de los casos que terminaron por vía vaginal (N=26) para las adolescentes y (N=34) para las adultas, el trabajo de parto disfuncional (14.8%) fue la complicación más frecuente en adolescentes en relación al grupo de adultas, también se observó mayor frecuencia de desgarro perineal (14.8%) en relación al grupo de adultas (5.7%) existiendo 2.87 veces más probabilidad de ser adolescente con reincidencia de embarazo y presentar desgarro perineal que ser adulta y no presentarla, con un IC de 0.48 a 16.99. Otras complicaciones (14.3%) tales como alumbramiento incompleto, hemorragia posparto se presentaron con mayor frecuencia en adultas. **Tabla 3**

Tabla No. 4 Complicaciones del Puerperio en Adolescentes con Reincidencia de Embarazo: Estudio Caso-Control. Instituto Nacional Materno Perinatal - 2006

	Adolescente (N = 46)	Adulta (N= 46)	OR	IC al 95%
	n(%)	n(%)		
Sin Complicación	17(37.0)	23(50.0)	0.58	0.25 – 1.34
Con complicación	29(63.0)	23(50.0)		
Endometritis	2(4.3)	1(2.2)	2.04	0.17 – 23.37
Síndrome Febril	7(15.2)	5(10.9)	1.47	0.43 – 5.02
Anemia	27(58.7)	28(60.9)	0.91	0.39 – 2.10
Preeclampsia	3(6.5)	1(2.2)	3.14	0.31 – 31.36
I.T.U	2(4.3)	3(6.5)	0.65	0.10 – 4.09
IHO	2(4.3)	0(0.0)	-	-
Otras Complicaciones	3(6.5)	0(0.0)	-	-

Las complicaciones maternas en el posparto inmediato se presentaron en 63% de las pacientes adolescentes (n = 29) y en el 50% de las pacientes adultas (n = 23). Tanto para las madres adolescentes como para las adultas, la principal complicación fue la anemia. El síndrome febril (15.2%) fue la complicación más frecuente en adolescentes que en adultas (10.9%), la endometritis fue similar para ambos grupos, al igual que la ITU, la infección de herida operatoria sólo se presentó en adolescentes. **Tabla 4**

III. COMPLICACIONES PERINATALES

Las complicaciones perinatales son patologías que ponen en riesgo al feto y al recién nacido, para un mejor análisis se dividió en: complicación fetal y complicación del recién nacido, cuyos resultados presentamos:

Tabla No. 5. Complicaciones Fetales en Adolescentes con reincidencia de embarazo: Estudio Caso-Control. Instituto Nacional Materno Perinatal - 2006

	Adolescente (N=46)	Adulta (N= 46)	OR	IC al 95%
	n(%)	n(%)		
Sin complicaciones*	28(60.9)	40(87.0)	0.23	0.08- 0.66
Con complicaciones	18(39.1)	6(13.0)		
Óbito fetal	1(2.2)	0(0.0)	-	-
S. F. A.**	15(32.6)	6(13.0)	3.22	1.12 – 9.27
R. C. I. U	1(2.2)	1(2.2)	1.00	0.61 – 16.48
Otras complicaciones	3(6.5)	0(0.0)	-	-

* p < 0.01

**p < 0.05

La complicación fetal más frecuente en adolescentes fue el SFA (sufrimiento fetal agudo) (32.6%) respecto al grupo de adultas (13%). (OR = 3.22; IC95% 1.12 – 9.27) siendo esta diferencia estadísticamente significativa (p= 0.025). El RCIU (restricción de crecimiento intrauterino) fue similar para ambos grupos. El óbito fetal sólo se presentó en adolescentes.

Tabla 5**Tabla No. 6.** Complicaciones del Recién Nacido en Adolescentes con reincidencia de embarazo: Estudio Caso-Control. Instituto Nacional Materno Perinatal- 2006

	Adolescente (N= 46)	Adulta (N =46)	OR	IC al 95%
	n(%)	n(%)		
Sin complicaciones	25(54.3)	29(63.0)	0.69	0.30 – 1.60
Con complicaciones	21(45.7)	17(37.0)		
RN Apgar <7	2(4.3)	3(6.5)	0.65	0.10 – 4.09
RN pretérmino	6(13.0)	4(8.7)	1.57	0.41 – 5.99
PEG	3(6.5)	3(6.5)	1.00	0.19 – 5.23
GEG	1(2.2)	3(6.5)	0.31	0.03 – 3.18
SDR	6(13.0)	7(15.2)	0.83	0.25 – 2.71
RNBP	4(8.7)	1(2.2)	4.28	0.46 – 39.90
Infección Neonatal	3(6.5)	0(0.0)	-	-
Hipoglicemia	1(2.2)	2(4.3)	0.48	0.04 – 5.58
Macrosomía	2(4.3)	4(8.7)	0.47	0.08 – 2.74
Otras complicaciones	7(15.2)	2(4.3)	3.94	0.77 – 20.14

En relación a las complicaciones del Recién Nacido estas se presentaron en un 45.7% en adolescentes (n = 21) y 37% en adultas (n = 17), el SDR fue la patología más frecuente para

adolescentes (13%) como en adultas (15.2%). La complicación más frecuente en los recién nacidos de madres adolescentes fueron: RN pretérmino (13%) y RNBP (8.7%), existiendo 4.28 veces más probabilidad de ser adolescentes y tener un RN de bajo peso que ser adulta y no tenerlo. la infección neonatal sólo se presentó en RN de madres adolescentes y la macrosomía sólo en RN de madres adultas. **Tabla 6**

En cuanto a la distribución de los RN de madres adolescentes según el sexo, el 29 fueron de sexo masculino (63%) y 17 de sexo femenino (37%); mientras que en las adultas 25 (54.3%) fueron de sexo masculino y 21 (45.7%) de sexo femenino.

En relación al Apgar al minuto de los RN de madres adolescentes fue similar al de los RN de madres adultas siendo este adecuado en la mayoría, presentándose un grupo pequeño con Apgar <de 7 en RN de madres adolescentes 6,52% y 8,69% en RN de madres adultas.

DISCUSIÓN

El impacto del embarazo en la adolescencia es psicosocial, suscitándose muchos problemas por las incongruencias con su entorno e inmadurez biopsicosocial, constituyendo así un grave problema de salud pública tanto en América Latina como en el resto del mundo. Durante las últimas décadas se ha observado un incremento considerable de la frecuencia del embarazo en la adolescencia oscilando estas cifras entre 7 y 43% en los diferentes países, siendo mayor en los países en desarrollo según los estudios nacionales e internacionales.^(1,17,18,20,21,22,40,47,48) Estas cifras muestran que las nuevas generaciones inician su vida sexual más precozmente que las generaciones anteriores, sumado al desconocimiento e insuficiente uso de métodos anticonceptivos, consecuencia de ello es la alta incidencia de embarazo en adolescentes cada vez a edades tempranas y con riesgo de repetir el embarazo y someterse a las consecuencias que trae consigo este evento para la salud, la familia y en sí a todo su entorno. A nivel nacional la incidencia de embarazo en adolescentes varía entre 9% a 29%^(18,20,23,29,30,32,47,), más preocupante aún es la reincidencia del embarazo en la adolescencia. El análisis de los nacimientos en madres adolescentes en los últimos 10 años muestra que aproximadamente 1 de 4 (25%) de los nacimientos ocurrió en la adolescente que tenía uno ó más embarazos y/o partos anteriores^(2,11), siendo mayor en América Latina y El Caribe que va entre 4 y 45%.^(1,3,6,11,18-21,24,25,39,49)

La importancia de este estudio radica en dirigirnos a un grupo poblacional, adolescentes con reincidencia de embarazo, que refleja la falta de intervención de medidas preventivas y acciones para postergar y/o evitar este hecho, que trae repercusiones en la madre y el niño tanto a corto y a largo plazo. En el presente trabajo durante el periodo de estudio se encontró una incidencia de 8.4% de adolescentes con reincidencia de embarazo, dicha cifra se asemeja a lo encontrado por Sandoval⁽²³⁾ y Gonzáles⁽²²⁾ en Chile (7.9% y 6.8% respectivamente); en contraste a otros reportes nacionales que refieren una mayor incidencia que va de 11.3% a 20.2%^(1,17,18,20,22,24,29). En Chile un estudio realizado por Lombardo y col.⁽²⁶⁾ en un centro de salud en adolescentes rurales reportó un 63.6% de multíparas adolescentes. Otros estudios nacionales advierten una incidencia mayor, así tenemos a Tay y col.⁽¹⁷⁾ en Sullana encontraron 24.6% de adolescentes multigestas y en ese mismo año Vargas y col.⁽²¹⁾ en el Cusco reportaron un 11,3%. Salcedo⁽³⁰⁾ en el Hospital 2 de Mayo, en 1997 encontró una incidencia de 15.6%, mientras que Valencia y col.⁽²⁹⁾, en el Instituto Nacional Materno Perinatal en 1997

encontró el 20,2% de estos casos. Asimismo Zea⁽⁵⁰⁾ y Yu Tang⁽¹⁸⁾ en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión en 1995-1997 encontraron una incidencia de 15.5%. Un estudio realizado por Villón y col⁽²⁰⁾ en Huancavelica en 1998, encontró un 15% de antecedente de embarazo previo en adolescentes. La alta prevalencia de reincidencia de embarazo en la adolescencia sugiere que las medidas preventivas y las acciones deben estar dirigidas a todas las adolescentes considerando que existe una población de madres adolescentes o con antecedente de embarazo que son más vulnerables a repetir un nuevo embarazo con corto periodo intergenésico.

Los resultados encontrados en nuestro trabajo nos permiten definir algunas características propias de las adolescentes con reincidencia de embarazo en nuestro medio. Es pertinente advertir que el grupo de pacientes objeto de nuestra investigación está circunscrito a mujeres con importantes limitaciones sociales y culturales, perteneciendo casi el total de las encuestadas al estrato socioeconómico bajo, lo cual le confiere toda una gama de dificultades propias de esta condición, donde se encuentran inmersas la gran mayoría de madres adolescentes en nuestra realidad. Identificar las características maternas de adolescentes con reincidencia de embarazo nos permitirá conocer el perfil de este grupo vulnerable en nuestra realidad; de esta manera contribuir orientando las estrategias para reducir el riesgo de repetir un nuevo embarazo en la etapa de la adolescencia.

En nuestro estudio la edad promedio de adolescentes con reincidencia de embarazo fue de 17.4 años con rangos de 15 a 19 años. Este hallazgo no es muy variable en relación a otros estudios.^(19,28) Esto refleja el inicio precoz de las relaciones sexuales tras un intervalo corto de la menarquia; tal como encontramos en nuestro estudio que la edad promedio de presentación de la menarquia fue de 12.2 años, y la edad de inicio de relaciones sexuales varía en el intervalo de 12 y 15 años con una media de 14.7 años para el 76.1% de adolescentes, lo cual es muy similar a lo encontrado por Persona Lía y col⁽¹⁹⁾ en Brasil. El 41.3% de adolescentes tuvieron dos o más parejas sexuales, situación que se constituye en un importante factor de riesgo para infecciones de transmisión sexual, cáncer de cuello uterino y patologías asociadas al embarazo.

Cabe destacar que cuanto más precoz es la edad materna en la primera gestación existe mayor probabilidad de repetir el embarazo con cortos periodos intergenésicos⁽²⁾. Para las adolescentes de nuestro estudio la edad promedio del primer embarazo fue de 15.5 años, lo

que coincide con lo encontrado por Persona Lía y col⁽¹⁹⁾; esto reviste gran importancia ya que las adolescentes que repiten un embarazo traen consigo el aislamiento social y pobreza, constituyendo el grupo más vulnerable y más desfavorecido, involucrando a la familia y sociedad a perpetuar el subdesarrollo de la población de un país.

En cuanto al estado civil, las adolescentes casadas o en unión estable con la pareja tienen mayor probabilidad de repetir el embarazo.^(19,20,36,37) En nuestro estudio encontramos que el 23.9% de las adolescentes eran solteras y el 76.1% convivientes con la pareja, no encontrándose casos de casadas como en las adultas con un 13% y un 73.9% de convivientes. Lo que concuerda con lo observado por Ferreira⁽²⁸⁾ en Uruguay, un 73% de adolescentes convivía con la pareja, mientras que Alvarado⁽⁵¹⁾ en Chile encontró 38.1% de adolescentes multigestas casadas y 36% de convivientes, y Gonzáles y col.⁽²²⁾ encontraron que el 64.7% de adolescentes con reincidencia de embarazo eran casadas o convivientes. Persona Lía⁽⁷⁾ encontró que el 44.5% vivía con la pareja, Lammers⁽²⁾ encontró que el 58% de adolescentes multigestas tenían pareja estable.

Cabe resaltar que las adolescentes de nuestro estudio tienden a involucrarse con parejas generalmente mayor a ellas, tal es así que el 63% tenía pareja con edad mayor a 20 años, con una media de 23.3 años. También lo refiere así otro estudio.⁽¹⁹⁾ Si bien es cierto el tener una pareja estable podría representar un apoyo emocional, económico para la gestante adolescente; paradójicamente esto constituye mayor posibilidad de repetir el embarazo, existiendo la presencia de otros factores que se asocian al hecho.

Otra de las características que presenta la adolescente con reincidencia de embarazo como una circunstancia adversa, es lo relacionado al contexto familiar por la desintegración de la familia, al presentar ausencia de figura materna o paterna básicamente ya sea por abandono, separación o muerte. En nuestro estudio encontramos que en el 67.4% de las adolescentes con reincidencia de embarazo sus padres eran separados. Con respecto a esto hay estudios que consideran esta circunstancia como un factor de riesgo para la reincidencia de embarazo.^(2,14,38,42,52)

En relación al grado de instrucción se observó en nuestro estudio que el nivel secundario fue mayoritario en ambos grupos, siendo predominante en las adolescentes el nivel de secundaria incompleta con un 67.4%, mientras que en las adultas fue el de secundaria completa, lo que

coincide con estudios similares realizados en poblaciones con características parecidas a la nuestra, principalmente en Chile en donde González y col⁽²²⁾ encontraron un 67.7% de adolescentes con escolaridad básica. Maynard⁽³⁸⁾ en su estudio con 3400 pacientes adolescentes encontró que el tener un nivel educativo bajo constituye un factor de riesgo importante para que se presente un segundo embarazo durante los primeros dos años post-parto. Contrariamente a lo expuesto otro estudio en adolescentes urbanos Africano americanos, en los EEUU, refiere no haber encontrado relación significativa con el nivel de educación y la reincidencia de embarazo.⁽³⁶⁾

Con respecto al fin del embarazo anterior, el 54.3% de adolescentes de nuestro estudio tuvieron antecedente de aborto en comparación con el 39.1% de las adultas, similar a lo encontrado por Persona Lía⁽¹⁹⁾ que reportó 55.2% casos de antecedente de aborto, del mismo modo Lammers⁽²⁾ reportó un 59% de adolescentes cuyo embarazo anterior culminó en aborto. Otros estudios reportan cifras que van del 21% al 50%^(36,29,39) y refieren que cuanto más abortos una madre adolescente experimente tendrá mayor probabilidad de repetir el embarazo con un corto periodo intergenésico. Consideramos entonces que los esfuerzos de la intervención en salud reproductiva deben dirigirse con énfasis a las madres adolescentes que tienen una historia de aborto ya que constituyen un grupo de alto riesgo a quienes muchas veces no se les realiza una adecuada consejería en el pos aborto con un asesoramiento que las motive hacia un proyecto de vida evitando la reiteración compulsiva de los embarazos con intervalo intergenésico corto. Un gran número de adolescentes de nuestro estudio manifestó no haber planificado el embarazo constituyendo un 76.1% respecto al 54.3% de las adultas, estos resultados son similares a lo reportado por Persona Lía y col⁽¹⁹⁾ en Brasil y Ramón⁽²⁷⁾ en Nicaragua que encontraron un 77.7% y 80% respectivamente. Contrariamente a lo que refiere Alba⁽³⁷⁾ en EEUU, que la mayoría de adolescentes su segundo embarazo es intencional.

Otro hecho importante ligado a este evento es que existe la probabilidad de presentar paternidad diferente en cada embarazo, esto debido a que la adolescente embarazada está expuesta a abandono por parte de la pareja constituyéndose en madre soltera y también por la inestabilidad emocional que presenta para constituir una unión estable. En nuestro estudio encontramos 34.8% con esta característica. Otros estudios sobre embarazo en adolescentes no hacen mención respecto a esta característica.

En general los estudios reportan que las adolescentes son malas usuarias de métodos anticonceptivos comparadas con las adultas, abandonan con mayor frecuencia o eligen métodos menos efectivos; en nuestro estudio encontramos que el 71.7% de adolescentes no usó ningún método anticonceptivo después de su primer embarazo, en tanto que las adultas constituyeron un 60.9%. Este hallazgo es similar a lo encontrado por Gonzáles y col.⁽²²⁾ que refiere un 73.5% de adolescentes con reincidencia de embarazo no usaron ningún método anticonceptivo, Lombardo y Col.⁽²⁶⁾ encontró que el 81% no usaba ningún método anticonceptivo. Una cantidad menor fue encontrado por Persona Lía⁽¹⁹⁾ siendo ésta 11.1%. Diversos estudios refieren que las adolescentes que no usan método anticonceptivo tienden a repetir un nuevo embarazo tan pronto.^(2,36,42)

El estudio del periodo intergenésico puede colaborar en identificar las causas de complicaciones en el embarazo y en el recién nacido, sobre todo los periodos intergenésicos cortos, ya que constituyen un alto riesgo obstétrico con efectos negativos para los resultados materno perinatales, independientemente si el embarazo anterior haya terminado en aborto o parto. En nuestro estudio se determinó un 52.2% con rangos menor de 12 meses, 38.4% entre 12 a 24 meses, 13% mayores a 24 meses. Muy similar a lo encontrado por Persona Lía y col⁽¹⁹⁾ que advierte un 50% de 6 a 12 meses y un 11.1% menor de 6 meses. Gonzáles y col⁽²²⁾ determinaron 36.6% de periodo intergenésico menor de 12 meses, 30.9% entre 12 a 24 meses y 32.5% mayor a 24 meses; Coard y col.⁽³⁶⁾ encontraron 30 a 35% entre rangos menores de 12 meses y 40 a 50% menor a 24 meses. Lammers⁽²⁾ determinó 64.2% con rangos menor a 24 meses; mientras que Alvarado y col⁽⁵¹⁾ encontró 21.2% con rangos menor a 12 meses. Nuestros datos fueron similares a los estudios mencionados; pero reportamos mayor cifra en lo que se refiere a periodo intergenésico menor a 12 meses, ya que básicamente aquí estarían comprendidos los casos de antecedente de aborto, encontrando en muchas de las pacientes adolescentes escasamente 3 a 6 meses de periodo intergenésico. De lo anterior podemos reflexionar que esta realidad presente en muchas sociedades como la nuestra nos indica la falta de efectividad de las estrategias e intervenciones en salud sexual y reproductiva, básicamente en el pos aborto. A nuestro juicio el profesional de Obstetricia debe tomar su función orientadora sobre todo en el sector primario de salud, dentro de un enfoque preventivo que promueva en los adolescentes la generación de un proyecto de vida y toma de conciencia de la capacidad para ejercer su sexualidad y planear deliberadamente la postergación de su fecundidad, a fin de evitar o disminuir las graves consecuencias de este problema.

Un aspecto importante y decisivo en la salud y por lo tanto en la vida de la gestante y de su producto es el control prenatal, muy estrechamente relacionado a las complicaciones maternas perinatales, observamos en nuestro estudio que el 15.2% no tuvo ningún control, 39.1% tuvieron de 1 a 4 controles y 45.7% más de 4 controles. Contrariamente a las adultas donde el 8.7% no tuvo control prenatal, el 26.1% tuvo de 1 a 4 controles y 65.2% más de 4 controles, con un promedio de 4.7 controles en las adolescentes y 5.5 controles en las adultas. En su mayoría, el 74.3% de las adolescentes iniciaron tardíamente su control prenatal entre el segundo y tercer trimestre; en cambio las adultas, en el 80.9% iniciaron en el primer y segundo trimestre. Lammers⁽²⁾ encontró una cifra mayor a la nuestra, al determinar que el 86% no tuvieron control prenatal. Hernández y col.⁽⁵³⁾ menciona que el 39.7% de adolescentes y 48.1% de adultas inician su control prenatal antes de las 20 semanas. Alba⁽³⁷⁾ refiere que las madres adolescentes con reincidencia de embarazo suelen consultar más tardíamente el control prenatal en su segundo embarazo. En tanto que Ferreira⁽³⁰⁾ en Uruguay en su estudio de “Características del control prenatal en púerperas adolescentes” menciona que las adolescentes tanto primigestas y multigestas se comportan en forma similar en cuanto a la precocidad y periodicidad del control prenatal, reportando que el 50% iniciaron su control después del primer trimestre y el 36% tiene menos de 5 controles.

Con la revisión de las características maternas podemos concluir que el perfil de las adolescentes con reincidencia de embarazo es similar al de otros estudios^(2,19,22). (convivir con parejas mayor a ellas, dedicadas a las labores domésticas, con escolaridad baja, embarazo no planificado con períodos intergenésicos cortos y en muchos casos de diferente pareja, ineficiente uso de métodos anticonceptivos, provenientes de hogares desintegrados, con inicio tardío del control prenatal).

Durante décadas se viene considerando al embarazo en adolescentes como de alto riesgo obstétrico y perinatal, se destaca que durante el embarazo se presentan mayor frecuencia de complicaciones en el grupo de adolescentes que el grupo de adultas⁽²⁸⁾ presentado mayor riesgo de hemorragia posparto, infecciones puerperales, infección del tracto urinario, preeclampsia, eclampsia, así como un mayor riesgo de tener un recién nacido pretérmino y recién nacido de bajo peso.^(2,17) Las consecuencias maternas y perinatales son aún mayores en adolescentes con reincidencia de embarazo debido a que la mayoría repite un nuevo embarazo tras un periodo corto de la culminación del embarazo anterior.^(2,19,27,37,54) El estudio sobre las

complicaciones maternas, nos ayudará a determinar las principales complicaciones que tiene una adolescente con reincidencia de embarazo: durante el embarazo, el parto y el puerperio para así orientar las acciones obstétricas a este grupo vulnerable. Con respecto a las complicaciones durante el embarazo se encontró que la anemia fue mayor y se presentó en igual porcentaje en ambos grupos (adolescentes con reincidencia de embarazo y adultas), contrariamente a lo encontrado por otros autores^(47,50,51) quienes encontraron mayor prevalencia de anemia en el grupo de adolescentes, esto podría relacionarse con el bajo aporte nutricional que tiene nuestras mujeres peruanas, la OMS estima una prevalencia de anemia en mujeres embarazadas de 37% para Sudamérica, 42% para Centroamérica y 52% para los países del Caribe.⁽⁵⁵⁾ Diversos estudios refieren que la proporción de anemia entre mujeres embarazadas y no embarazadas es de 2 y 3 a 1 y también hacen mención que en las comunidades de bajo nivel económico, la prevalencia de anemia en embarazadas no sería inferior a 30%, nivel considerado por la Organización Mundial de la Salud como para indicar la suplementación. En nuestro estudio encontramos una prevalencia de 43.5%. La presencia de anemia durante el embarazo aumenta el riesgo de mortalidad materna, de parto pretérmino y de bajo peso al nacer, siendo estas complicaciones aún mayor en adolescentes con reincidencia de embarazo.⁽²⁾

Dentro de las complicaciones más frecuentes durante el embarazo, en el grupo de adolescentes con reincidencia de embarazo fueron: Amenaza de parto, parto pretérmino, ITU, Preeclampsia ($p < 0.05$) y RPM. En el grupo de adultas se encontró mayor porcentaje de insuficiencia placentaria e hipertensión gestacional, similar a otros estudios⁽¹⁴⁾ con respecto a las otras complicaciones no se ha encontrado diferencia en ambos grupos. Cabe mencionar que Saez⁽⁵⁶⁾ en Cuba y otros autores^(50,55,57) encontraron mayor porcentaje de preeclampsia en adolescentes, estos hallazgos fueron contradictorios a lo encontrado por Tavares⁽¹⁴⁾ y Amaya y col.⁽⁶⁾ quienes encontraron una mayor prevalencia de preeclampsia en las adultas. Cabe mencionar que los estudios mencionados se realizaron en adolescentes sin la clasificación de casos con reincidencia de embarazo.

En el presente estudio para el caso de la preeclampsia, haciendo un análisis con los equivalentes porcentuales sometidos a la Corrección de Yates, se encontró: $p = 0.007$, OR: 7.32 IC 95% (1.51-48.40) resultando estadísticamente significativa.

La prevención de esta patología es importante debido a que constituye una de las principales causas de morbilidad y mortalidad materna. Esto se lograría con un adecuado control pre natal, traduciéndose en mejores resultados materno perinatales.

En relación a las complicaciones del parto, el trabajo de parto disfuncional y el desgarro perineal fue mayor en adolescentes con reincidencia de embarazo que en adultas, siendo significativo el trabajo de parto disfuncional ($p < 0.05$), estos hallazgos fueron similares a otros estudios.^(2,56)

La complicación del puerperio más frecuente fue la anemia para ambos grupos, contrariamente a lo encontrado por Saez⁽⁵⁶⁾ en que la anemia fue la complicación puerperal más frecuente en adolescentes. En nuestro estudio también se encontró que las adolescentes durante el puerperio presentan más complicaciones de preeclampsia, endometritis, síndrome febril e infección de herida operatoria en relación a las adultas, estos datos son similares a los hallazgos de otros autores;^(14,56) en cambio otros estudios muestran que no existe diferencia entre adolescentes y adultas respecto a la complicación puerperal,⁽⁵⁵⁾ El diagnóstico de endometritis encontrado en nuestro estudio puede estar relacionado con la alta prevalencia de ITU y RPM, pero también con la mayor frecuencia de trabajo de parto disfuncional, desgarro vaginal, anemia y desnutrición, factores que crean un terreno propicio para las infecciones obstétricas.

En cuanto a la complicación fetal, las adolescentes con reincidencia de embarazo presentaron mayor frecuencia de sufrimiento fetal agudo 32.6% con respecto a las adultas 13.0%, siendo esta diferencia significativa, y causa de indicación de cesárea. Otro dato importante a mencionar es la existencia de un sólo caso de RCIU para cada uno de los grupos, este hallazgo es contradictorio a otros estudios donde se observa un alto porcentaje de RCIU en el grupo de adolescentes que en adultas,^(2,25) además se presentó un caso de óbito fetal en el grupo de adolescentes debido aún desprendimiento prematuro de placenta.

Existen amplias referencias en la literatura sobre las desventajas de los hijos de madres adolescentes con relación a los hijos de madres adultas, cuando se observa indicadores tales como mortalidad perinatal, prematuridad, bajo peso al nacer y pequeño para la edad gestacional, las madres adolescentes tienen resultados perinatales menos favorables que las madres adultas. En nuestro estudio encontramos que las complicaciones más frecuentes de los recién nacidos de madres adolescentes con reincidencia de embarazo son: la prematuridad, bajo peso al nacer y la infección neonatal con respecto a las adultas en el que estas complicaciones fueron menores; la macrosomía, GEG y Apgar < 7 fueron las complicaciones que se presentaron con

mayor frecuencia en las adultas. El SDR fue similar en ambos grupos, contradictorio a otros estudios que reportan mayor frecuencia de SDR en el grupo de adolescentes.⁽³⁾

Los recién nacidos prematuros y de bajo peso constituyen un problema mayor de salud pública, tanto en países desarrollados como en países en vías de desarrollo, debido a que presentan una mayor morbilidad y mortalidad, además del riesgo de desarrollar deficiencias físicas, neurológicas y mentales.⁽²⁾ En nuestro estudio el recién nacido prematuro fue la principal complicación en adolescentes con reincidencia de embarazo similar a otros estudios,^(2,22,25,26,37,40) que encontraron una mayor prevalencia de recién nacidos prematuros en adolescentes con reincidencia de embarazo.

El bajo peso al nacer es uno de los indicadores más importantes para vigilar los progresos en salud materna, perinatal e infantil, también constituye un indicador social porque se asocia con la pobreza, la desnutrición, la falta de educación de la mujer y de su medio preconcepcional. En nuestro estudio fue otra de las complicaciones más frecuentes en adolescentes con reincidencia de embarazo después de la prematurez, este hallazgo fue similar a otros estudios en el que la adolescente con reincidencia de embarazo presenta mayor frecuencia de recién nacidos prematuros.^(2,25,26,37,57,58) En énfasis para paliar estos problemas, deben estar incluidos en la prevención y ampliación de las coberturas en salud a través de medidas como: 1) La participación activa de la Obstetrix y de las comunidades en los cuidados primarios de la salud reproductiva de las adolescentes. 2) La extensión del cuidado de la salud integral de las adolescentes. 3) La concientización del equipo de salud sobre la importancia del problema y la capacitación continúa para su prevención. 4) Políticas de salud que garanticen la corrección de los factores de riesgo para la reincidencia de embarazo durante la adolescencia. Las medidas para prevenir la reincidencia de embarazo durante la adolescencia y las complicaciones materno perinatales merecen que se les de una alta prioridad por un equipo multidisciplinario. De los resultados de este estudio podemos concluir que la adolescente con reincidencia de embarazo, es una paciente con características que la hacen muy vulnerable y por lo tanto requieren de atención especial durante la adolescencia, por las consecuencias sociales y de salud que se generan alrededor de ella.

CONCLUSIONES

- Al analizar las características maternas de adolescentes con reincidencia de embarazo respecto a las adultas se encontró una mayor frecuencia de: Convivientes (76.1%), grado de instrucción incompleto (73.9%), antecedente de aborto(54.3%), no uso de métodos anticonceptivos(71.7%), tener padres separados(67.4%) e involucrarse con parejas mayores(63.0%), siendo esta diferencia estadísticamente significativa.
- La edad promedio de las adolescentes con reincidencia de embarazo fue de 17.46 años y la menor edad fue de 15 años.
- Del total de adolescentes con reincidencia de embarazo para el 5.4% ya era su tercera gestación.
- Las adolescentes con reincidencia de embarazo en un 87 % tuvieron periodos intergenésicos cortos (menor de 2 años).
- Las adolescentes controlaron menos e iniciaron tarde su control prenatal en comparación a las adultas. Lo que refleja la falta de concientización de la importancia y seguimiento del control prenatal.
- Las adolescentes con reincidencia de embarazo respecto a las adultas, presentan mayor frecuencia de complicaciones del embarazo como: ITU, amenaza de parto pretérmino, RPM, preeclampsia ($p < 0.05$) y parto pretérmino. La anemia fue la principal complicación tanto para adolescentes con reincidencia de embarazo como para las adultas.
- Durante el parto la complicación más asociada a la adolescente con reincidencia de embarazo fue el trabajo de parto disfuncional en comparación a las adultas.
- En cuanto a la complicación del puerperio no hubo diferencia significativa en adolescentes comparadas con las adultas.

- La complicación fetal más frecuente en adolescentes fue el Sufrimiento Fetal Agudo en relación a las adultas, siendo esta diferencia estadísticamente significativa, El RCIU fue similar para ambos grupos.
- Los recién nacidos de madres adolescentes con reincidencia de embarazo presentaron las siguientes complicaciones en más frecuencia que las adultas: Recién Nacido Pretérmino, Recién nacido de bajo peso al nacer.

RECOMENDACIONES

- Se recomienda la realización de otros trabajos similares con mayor muestra para obtener resultados próximos a la situación global de nuestra realidad.
- Se sugiere la realización de estudios analíticos tanto en población urbano marginal como en población rural.
- Se recomienda realizar estudios que analicen las complicaciones materno perinatales en adolescentes con reincidencia de embarazo clasificándolas de acuerdo al antecedente de parto o aborto.
- Por lo extenso y enriquecido del tema recomendamos realizar estudios que analicen las características relacionadas con el entorno familiar y social a fin de conocer la realidad de este grupo vulnerable.
- La prevención del embarazo en adolescentes debe tener un enfoque multidisciplinario que incluyan (Salud, educación, orientación laboral y bienestar social).
- Es importante que el personal de Obstetricia en el puerperio brinde la orientación y consejería sobre el uso de métodos anticonceptivos para este periodo, además tener un seguimiento continuo.
- Las adolescentes con antecedente de aborto deben recibir un asesoramiento que las motive hacia un proyecto de vida, evitando la reincidencia del embarazo con periodos intergenésicos cortos.
- Intensificar la aplicación del programa de educación sexual en las comunidades con la participación activa de la obstetrix / obstetra como miembro del equipo multidisciplinario.
- Es fundamental replantear las estrategias de promoción y prevención en la salud reproductiva de las adolescentes dando un enfoque innovador que logre un verdadero impacto traducido en mejores indicadores de salud para este grupo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Oliveira Vamberto, Costa Alesandra y Col. Via de Parto en Gestacoes Sucesivas en adolescentes: Estudio de 714 casos. Rev RBGO 2004; 26(9):703 – 707.
2. Lammers Cristina. adolescencia y embarazo en el Uruguay. Repote Uruguayo, diciembre 2002.
3. Mayer María y col. “Complicaciones Perinatales y Vía de Parto en Recién Nacidos de Madres Adolescentes Tempranas y Tardías”. Revista de Posgrado de VI Cátedra de Medicina, Agosto 2006, 160: 1-5.
4. Stern DC. El embarazo en la dolencia como problema público: una visión crítica. Salud Pública Mex. 1997; 39:137-143
5. Juárez y col. Factores Familiares asociados al embarazo en un grupo de adolescentes mexicanas. Arch Med Fam 2003; 5(4):118 – 122.
6. Amaya Jairo, Barrero Claudia, Ucrós Santiago. Estudio Analítico del Resultado del Embarazo en Adolescentes y Mujeres de 20 a 29 años en Bogotá. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología. 2005; 56 (3): 216-224.
7. Ulanowicz María, Parra Karina, Wendler Elizabeth. Riesgo en el embarazo adolescente. Revista de Posgrado de la VI Cátedra de Medicina, Enero 2006;153: 13-17.
8. Dorta y col . Gestación Adolescente y su repercusión en el Recién Nacido. Estudio de casos controles , Clin Invest Gin Obst; 2004; 31 (49):118 – 123.
9. Population Reference Bureau.la Juventud Mundial 2006, pag.1-19
10. Tavera Orozco L. Contribución de las Adolescentes a la Muerte Materna en el Perú. Revista de Ginecología y Obstetricia Perú, 2004; 70 (1) : 111-122.
11. Bojanini Juan, Gómez Joaquín. Resultados Obstétricos y Perinatales en Adolescentes. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología, 2004; 55(2): 114-121.
12. Salud Sexual y Reproductiva en Colombia. Encuesta Nacional de Demografía (ENDS), 2000.
13. Pinto e Silva JL, Gravidez na adolescencia: desejada X nao desejada. Femina 1998; 26 (10): 825-830.
14. Tavares M, Barros H. Gravidez Na Adolescencia en Portugal.Rev de Epidemiología 1996; 10(4): 3 – 8.
15. Ill Figueiredo y col. Grávidas Adolescentes e grávidas diferentes circunstancias de risco. Acta Med Port 2005 :18 :97 –105.

16. Núñez R y Col. Embarazo no deseado en adolescentes y utilización de métodos anticonceptivos pos parto. Rev. Salud Pública de México 2003;45(1):S92 –S102
17. Tay Flor, Puell Lucie y col. Embarazo en Adolescentes: Complicaciones Obstétricas. Revista de Ginecología y Obstetricia Perú 1999; 45 (3): 179-182.
18. Yu-Tang Jorge, Complicaciones perinatales y Vía de Parto en Recién Nacidos de Madres Adolescentes Tempranas y Tardías, 1995-1997, Anales de la Facultad de Medicina, UNMSM, 2000; 61 (1).
19. Persona Lía, Keiko Antonieta, Tarallo María. “Perfil de Adolescentes com Repeticao da Gravidez Atendidas num ambulatorio de Pré- Natal” Rev Latino-am Enfermagem 2004 setembro-outubro, 12 (5): 745-750.
20. Villón Juan y col. Embarazo en adolescentes. Estudio en Acobamba - Huancavelica. 1998. Revista de Ginecología y Obstetricia Perú 1999; 45 (2): 116-119
21. Vargas Nélica Hermoza Leticia. Embarazo en Adolescentes en el Hospital de Apoyo No 1 (Regional MINSA – Cusco). SITUA XIV: 42 – 46.
22. Gonzales E. y Col. Factores Psicosociales que se asocian a la Reincidencia del Embarazo en Adolescentes Chilenas. CEMERA, Facultad de Medicina, Universidad de Chile, 2001.
23. Sandoval J, Gonzales G, Acuña C, Puga M. Resultados Perinatales en Adolescentes Embarazadas en el Hospital Clínico de Chile. Contribuciones III Congreso de Obstetricia y Ginecología Infante Juvenil, 1999.
24. Fernández L y col. Caracterización de la gestante adolescente. Rev. Cubana Obstet Ginecol 2004; 30(2).
25. López J y Col. Algunos Factores Maternos relacionados con el Bajo Peso al Nacer. Rev. Cubana Obstet Ginecol 2004; 30(1).
26. Lombardo V, Fuentes C. Anticoncepción en Adolescentes Rurales, Centro de Salud Caren Comuna de monte Patria. Contribuciones III Congreso de Obstetricia y Ginecología Infante Juvenil, 1999.
27. Ramón Robert. Factores de Riesgo Asociados a Mortalidad Perinatal en adolescentes en el HBCR, 2000.
28. Ferreira Martha. Existe Diferencia entre Primigestas y Multigestas en cuanto a las características del Control Prenatal en las púerperas adolescentes, 2002.
29. Valencia Norma. Característica de la Madre Adolescente y su Recién Nacido, Instituto Nacional Materno Perinatal 1997. Investigación para Optar el Título de Gineco – Obstetra. Universidad Nacional mayor de San Marcos.

30. Salcedo T. Primigesta adolescente y el recién nacido. Estudio comparativo-Hospital Nacional General 2 de mayo 1997. Tesis para optar el Título en Ginecología y Obstetricia.
31. Instituto Nacional Estadística e Informática (INEI 2004).
32. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar, ENDES Continua 2004. Informe Preliminar.
33. Ministerio de Salud. II Conferencia Nacional de Salud, Perú, Agosto 2004
34. Echeverri Carlos, Grajales César. Características Psicosociales de las Madres Adolescentes en tres Instituciones de Salud de Manizales durante Febrero a julio del 2003. Colombia
35. Romero MI, Magdaleno M, Silver Tomás J, Munist M. Salud Reproductiva. Manual de Medicina de la Adolescencia. EEUU: Publicación de OPS, 1992: 473-518.
36. Coard I, Nitzk, Felice M. Repeat Pregnancy among Urban Adolescents: sociodemographic, family, And health 1, factors .statistical data Included. Adolescence; spring 2000; 35, 137, Resparch library
37. Alba J. American Academy of Pediatrics committee On Adolescence and committee on Early Childhoard. Adoptiag, and Dependent Care. Care of adolescent parents and their children. Pediatrics 2001 February; 207(2):429 – 34.
38. Maynard R ,Rangarajan A. Contraceptive use and repeat pregnancies among welfare dependent teenage mothers.famPlann Perspect 1994; 26:198-205
39. Sandoval J, Acuña C y Col. Características de las Adolescentes Consultantes por Anticoncepción, Centro de Medicina y desarrollo Integral del adolescente. Facultad de Medicina Universidad de Chile. (CEMERA). Contribuciones III congreso de Obstetricia y Ginecología Infanto Juvenil, 1999.
40. Akimbami y Col. Riesgo de Nacimiento Pretérmino en adolescentes multíparas. Arch Pediatr Adolesc Med 2000; 154(11): 1101 – 1107. BMN.
41. Linares L, Leadbeater B, Jaffe L y Col.Pedrictors of repeat pregnancy outocome among black and Puerto Ricon adolescent mothers. JDev Behav Peditrics 1992; 13:89 – 94. Pubmed – indexet for MEDLINE
42. Nelson PB. Repeat pregnancy among adolescent mothers: A review of the literature. J Natl Nrses Assoc1990; 4(1): 28 – 34. Pubmed – indexet for MEDLINE.
43. Stevens - Simon C. Absence of negative attitudes toward childbearing among pregnant teenagers. Arch Pediatr Adolesc Med 1996;150 :1037-1043.
44. Zabin L y Col.Subsequent risk of childbearing among adolescents with negative pregnancy Test. Fam Plann perspect 1994; 26 :212-217.
45. Stevens - Simon C y Col.Reasons for first pregnancy predict the rate of subsequent teen conceptions.Pediatrics 1998; 101(1):8.

46. Tang Li. Embarazo en Adolescentes. (Tesis de Bachiller en Medicina), Lima- Perú. UPCH, 1991.
47. Puell Lucie, Embarzo en adolescentes: Enfoque de riesgo. Revista de Ginecología y Obstetricia, Perú 1999; 45(2): 120 – 123
48. Vásquez y Col. Embarazo y Adolescencia: Factores Biológicos Materno y Perinatal más frecuentes, Rev. Cubana Obstetricia y ginecología, 2001; 27(2):158 – 164.
49. Chávez I. Embarazo en Adolescentes en el Hospital Regional Cayetano Heredia de Piura. (Tesis de Maestría en Medicina). Lima-Perú: UPCH. 1989.
50. Zea Elba. Complicaciones Maternas y Perinatales en Gestantes adolescentes atendidas en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión del Callao 1995 – 1998. Investigación para Obtener el Título de Gineco – Obstetra.
51. Alvarado A, Castillo A, Cabrera E. La múltipara adolescente. Aspecto Biosocial. Dirección de investigación científica y tecnológica, Universidad de Valparaíso.
52. Ortiz R. Caracterización de las Adolescentes gestantes de Bucaramanga, Colombia, un estudio transversal. Med UNAB 2005; 8: 71 – 77.
53. Hernández K, Mella M, Miranda G. Perfil de las Adolescentes que Ingresaron al Servicio de Gineco – Obstetricia, Hospital regional de Rancagua 1993 – 1998. Contribuciones III Congreso de Obstetricia y Ginecología Infante Juvenil, 1999.
54. Alvarado A, Castillo A, Cabrera E: Múltiparas Adolescentes: Periodo Intergenésico y Uso de Métodos Anticonceptivos. Dirección de investigación Científica y Tecnológica. Universidad de Valparaíso. Contribuciones III congreso de Obstetricia y Ginecología Infante Juvenil, 1999.
55. Schwarcz R. Fescina R, Duvergs C. Obstetricia. 6^a Edición ,editorial El Ateneo, 2005
56. Saez Viviana . Morbilidad de la Madre Adolescente. Rev Cubana Obstet Ginecol 2005; 8: 71 – 77.
57. Trilles Juan. Prematuridad y Bajo Peso al Nacer, Experiencia en el Hospital Nacional Cayetano Heredia. Rev de Ginecología y Obstetricia Perú 1995: 56 – 60.
58. Cruz Yolanda y Col. Estudio de Algunos Factores Maternos Asociados con el Bajo Peso al Nacer. Rev Cubana de Obstet Ginecol 1998; 24(1):54 – 57.
59. Pinto e Silva JL, Nogueira CWM. A multigravidez na adolescencia. In: OPS e OMS Coletanea sobre saúde reproductiva do adolescente brasileiro. Brasilia (DF): OPS/OMS; 1988. p. 101-111.
60. David Martín. Obstetricia Moderna/ Sufrimiento fetal. Pag 497-504.

61. Langer Ana. El Embarazo no deseado: Impacto sobre la Salud y la Sociedad en América Latina y el Caribe. Revista Panamericana de Salud Pública; 11(3): 192-204.
62. Pineda EB, Alvarado EL, Canales FH. Metodología de la Investigación. 2da Ed. Washigton DC: Organización Panamericana de Salud; 1997.
63. Cañedo Dorantes L. Investigación Clínica. 2da Ed. México: Nueva Editorial Interamericana; 1997.
64. Hernández Sampieri R, Fernández Collado C, Baptista L. Metodología de la Investigación. 3ra Ed. México: McGraw- Hill Interamericana; 2003.
65. Ortiz R. Caracterización de las Adolescentes gestantes de Bucaramanga, Colombia, un estudio transversal. Med UNAB 2005; 8: 71 – 77.

ANEXOS

Nro: Encuesta.....

ANEXO No 1**UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS**

“COMPLICACIONES MATERNO PERINATALES EN ADOLESCENTES CON REINCIDENCIA DE EMBARAZO. ESTUDIO CASO CONTROL. INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL - 2006”

INTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Fecha de Ingreso..... Fecha de Fin de Gestación.....

I.- CARACTERÍSTICAS MATERNAS:

I.1.- Edad:

I.2.- Estado Civil:

Casada () soltera () conviviente () otros ()

I.3.-Grado de Instrucción:

Primaria Completa () Primaria Incompleta () Secundaria Completa ()

Secundaria Incompleta () Superior Incompleto () Superior Completo ()

Sin instrucción ()

I.4.-Ocupación:

Ama de Casa () Comerciante ()

Estudiante () Otros ()

I.5.-Lugar de Nacimiento:

Lima () Provincia ()

I.6.-Edad en que Empezó la Menarquia:

I.7.- Inicio de Relaciones Sexuales:

I.8.-Número de Parejas Sexuales:.....

I.9.- FO: G_P_ _ _ _

I.10.- Período Intergénésico:

I.11.- Fin del Embarazo Anterior:

Parto () Aborto ()

I.12.- Último Embarazo fue Planificado:

Si () No ()

I.13.- Usó métodos anticonceptivos:

Si () No ()

I.14.-Actualmente con quien vive:

Sola () Pareja () Pareja y sus familiares ()

Familiares solamente () Amigos () Otros ()

I.15.-De quién depende Económicamente:

Padres () pareja () familiares () autónoma ()

I.16.-Sus Padres son Separados:

Si () No ()

I.17.-Número de Controles Prenatales:.....

I.18.- Edad Gestacional al Inicio del Control Prenatal: EG.....

I.19.- Sus Embarazos son de la misma pareja:

Si () No ()

DATOS DE LA PAREJA

I.20.-Edad de la pareja:

I.21.-Grado de Instrucción de la pareja:

Primaria Completa () Primaria incompleta () Secundaria Completa ()
 Secundaria Incompleta () Superior Incompleto () Superior Completo ()

I.22.- Ocupación de la pareja:

Estudiante () Desocupado () Informal ()
 Eventual () Trabajo Permanente ()

II.-COMPLICACIONES MATERNAS**II.1.-COMPLICACIONES DEL EMBARAZO**

Ninguna () Anemia ()
 Amenaza de aborto () Preeclampsia ()
 Amenaza de parto pretérmino () RPM ()
 Parto pretérmino () Otros ().....
 ITU ()

II.2.-TIPO DE PARTO

Vaginal () Cesárea ()

II.2.1 Causa de la cesárea :

Estrechez pélvica () Trabajo de Parto disfuncional ()
 I.C.P () Presentación podálica ()
 Cesárea Previa () Otros ()
 Sufrimiento fetal agudo ()

II.3.-COMPLICACIONES DEL PARTO:

Ninguna () Hemorragia posparto ()
 Trabajo de parto Disfuncional () Otros ().....
 Desgarro perineal ()

II.4.-COMPLICACIONES DEL PUERPERIO:

Ninguna () Preeclampsia ()
 Endometritis () I.T.U()
 Síndrome febril () Infección de herida operatoria ()
 Anemia () Otros ().....

III.-COMPLICACIONES PERINATALES**HC. RN:.....****III.1.-COMPLICACIONES FETALES**

Ninguna () RCIU ()
 Óbito fetal () Otros ().....
 Sufrimiento fetal ()

RECIEN NACIDO

Sexo: Varón () Mujer ()
 Peso..... APGAR.....¹.....⁵

EG.....Por Capurro
 Por Ballard (Sólo pretérmino)

Relación Peso / Edad Gestacional : AEG ()
 PEG ()
 GEG ()

III.2.-COMPLICACIONES DEL RECIEN NACIDO

Ninguna () RNBP ()
 RN Apgar < 7 () Infección neonatal ()
 RN pretérmino () Hipoglucemia ()
 PEG () Macrosomía ()
 GEG () Otros ().....
 SDR ()

ANEXO No 2

CONSENTIMIENTO INFORMADO

COMPLICACIONES MATERNO PERINATALES EN ADOLESCENTES CON REINCIDENCIA DE EMBARAZO. ESTUDIO CASO CONTROL. INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL –2006.

Investigadoras: Acuña Untiveros Hermelinda, Ochoa Cárdenas Yudith

Institución INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL

Señora Paciente, le pedimos que participe en un estudio de investigación, antes de que acepte, el investigador le hablará acerca de : a) los objetivos, b) beneficios y c) cómo se mantendrá la confidencialidad y privacidad.

Si usted está de acuerdo en participar, se le tiene que dar una copia firmada de este documento.

Puede contactarse con la Srtas: Acuña Untiveros Hermelinda y Ochoa Cárdenas Yudith teléfonos 3591333 / 2833482 para cualquier interrogante que usted tenga acerca de la investigación.

Su participación en el estudio es voluntaria y no perderá la atención ni los beneficios en los diferentes servicios que brinda la Institución, si se niega a participar o decide dejar de hacerlo. Al firmar este documento significa que el estudio de investigación, incluyendo la información de arriba, han sido descritas a usted oralmente, y que usted está de acuerdo en participar voluntaria mente.

Yo _____ manifiesto mi conformidad y doy mi consentimiento para participar en el estudio, habiéndome explicado y yo comprendido satisfactoriamente.

Considero que mi participación es importante en este estudio y que no me reporta perjuicio personal alguno, sin embargo, puede contribuir al avance científico con importantes beneficios para la salud de la mujer principalmente en las adolescentes; por lo que acepto participar en la presente investigación, sabiendo que los datos recogidos sólo se utilizarán para fines de investigación

Comprendo que seré parte de un estudio de investigación que se enfoca en Determinar las Complicaciones Materno Perinatales en Adolescentes con reincidencia de embarazo comparadas con las segundigestas en edad adulta, en el INMP-2006. Este estudio proveerá información básica que pueda ayudar a tomar medidas efectivas de prevención y búsqueda de la posible solución a este problema.

Comprendo que se me realizara una entrevista estructurada y revisión de mi Historia clínica en el INMP. además se tratará en todo momento de buscar mi privacidad y comodidad, esta prueba tendrá una duración promedio de 15 a 20 minutos.

Comprendo que el resultado de la investigación será presentado a la Universidad Nacional Mayor de San Marcos para que sea evaluado; y con las Srtas : Acuña Untiveros Hermelinda, Ochoa Cárdenas Yudith alumnas de dicha casa de estudio obtendrá su grado académico de Licenciadas en Obstetricia. Una vez leído este documento, paso a autorizar mediante mi firma y nombre completo mi participación.

Nombre investigador

Firma investigador

Fecha y hora

Nombre participante

Firma del participante

Fecha y hora