



Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia

ISSN: 2304-5124

spog@terra.com.pe

Sociedad Peruana de Obstetricia y

Ginecología

Perú

Sandoval, José; Mondragón, Fanny; Ortiz, Mónica

Complicaciones materno perinatales del embarazo en primigestas adolescentes: estudio caso-control

Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia, vol. 53, núm. 1, enero-marzo, 2007, pp. 28-34

Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología

San Isidro, Perú

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=323428183005>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

# COMPLICACIONES MATERNO PERINATALES DEL EMBARAZO EN PRIMIGESTAS ADOLESCENTES: ESTUDIO CASO-CONTROL

## RESUMEN

**Objetivos:** Identificar las principales complicaciones maternas y perinatales en las primigestas adolescentes, al compararlas con un grupo control. **Diseño:** Estudio observacional, analítico, tipo caso-control. **Lugar:** Servicio de Gineco-obstetricia, Hospital Nacional Sergio E. Bernales, hospital docente. **Participantes:** Adolescentes primigestas. **Intervenciones:** Se dividió a la población en dos grupos homogéneos de 162 participantes cada uno, escogidas aleatoriamente y distribuidas por edad en grupo caso (10 a 19 años) y control (20 a 29 años). **Principales Medidas de resultados:** Complicaciones en la gestación. **Resultados:** El promedio de edad de las adolescentes fue 17,5 años, 61,2% no tenía secundaria completa, solo 8,6% era estudiante, 83% ama de casa. El 71% de las parejas de las adolescentes era mayor de edad. Las adolescentes tenían menos control prenatal que las adultas, 83% frente a 89%, aunque con  $p > 0,05$ . La complicación más frecuente en la adolescente fue la infección urinaria ( $p = 0,00$ ). Numéricamente, hubo mayor incidencia de anemia, preeclampsia, rotura prematura de membranas, distocia ósea, distocia funicular, senescencia placentaria, trabajo de parto prolongado y expulsivo prolongado, infección puerperal y retención de secundinas; pero, sin diferencias estadísticas significativas respecto al grupo control. La cesárea también fue más frecuente en el grupo control, frente al grupo de adolescentes, pero con  $p > 0,05$ . La condición de recién nacido grande para la edad gestacional fue la única complicación, con  $p < 0,05$  respecto al grupo control. La prematuridad, los pequeños para edad gestacional, peso bajo y el traumatismo obstétrico fueron más frecuentes en las adolescentes, pero con  $p > 0,05$ . **Conclusiones:** Solamente la infección urinaria y grande para edad gestacional fueron más frecuentes en las adolescentes. La complicación materno perinatal es un factor muy importante solo en las adolescentes menores de 16 años. En las adolescentes tardías, parecen ser mucho más relevantes y de mayor impacto diversos factores de tipo psicológico y social.

**Palabras clave:** Adolescencia, embarazo, complicaciones maternas, complicaciones perinatales.

José Sandoval, Fanny Mondragón,  
Mónica Ortiz

Rev Per Ginecol Obstet. 2007;53(1):28-34

Trabajo Libre ganador del premio al mejor Trabajo Libre, XVI Congreso de Obstetricia y Ginecología

## ABSTRACT

**Objectives:** To identify main maternal and perinatal complications in adolescents carrying their first pregnancy, compared with a control group. **Design:** Observational, analytical, case-control study. **Setting:** Gynecology and Obstetrics Service, Sergio E. Bernales National Hospital, a teaching hospital. **Participants:** Adolescents carrying their first pregnancy. **Interventions:** Two groups of 162 participants each according to age: 10 to 19 year-old was the case group, and 20 to 29 year-old, the control group. **Main outcome measures:** Pregnancy complications. **Results:**

Main adolescents age was 17,5 years, 61,2% did not complete high school, only 8,6% currently studied, 83% was housewife; 71% of the male couples had older age. Adolescents had less prenatal control than the adult pregnant women, 83% versus 89%, but  $p > 0,05$ . Most frequent adolescent complications were urinary tract infection ( $p = 0,00$ ), anemia, preeclampsia, premature rupture of membranes, bone dystocia, cord dystocia, placental aging, prolonged labor and prolonged second stage, puerperal infection, and placenta fragments retention, but without significant statistical differences in regards to the control group. Cesarean section was also more frequent

in the control group, but with  $p > 0,05$ . The only complication of the newborn was large newborn for gestational age,  $p < 0,05$ . Prematurity, small for gestational age, low weight and obstetrical trauma were more frequent in adolescents, but  $p > 0,05$ . **Conclusions:** Only urinary tract infection and large for gestational age were more frequent in adolescents. Maternal and perinatal complications represent an important problem only in adolescents over 16 year-old. In older adolescents psychological and social factors appear more relevant and with higher impact.

**Key words:** Adolescence, pregnancy, maternal complications, perinatal complications.





## INTRODUCCIÓN

El embarazo en adolescentes es una de las grandes preocupaciones nacionales, no solo por las repercusiones orgánicas que trae consigo este especial estado, sino también por los relevantes trastornos psicoemocionales, sociales y económicos, que afectan el desarrollo personal de la madre, su pareja y el hijo de ambos.

La incidencia de embarazos adolescentes varía dependiendo de la región y del grado de desarrollo del país estudiado. En Estados Unidos, anualmente cerca de un millón de embarazos corresponde a madres adolescentes, constituyendo un 12,8% del total de embarazos<sup>(1)</sup>. En países menos desarrollados, la proporción de embarazos adolescentes es de aproximadamente 15,2% en Chile y del 25% en el caso de Centroamérica<sup>(2)</sup>.

En el Perú, En 2000 encontró que 13% de las adolescentes peruanas entre 15 y 19 años ya es madre (11%) o está gestando por primera vez (2%)<sup>(3)</sup>. Actualmente, uno de cada seis nacimientos en el país ocurre en mujeres menores de 19 años. En el Hospital Sergio E Bernales, 17 de cada 100 partos se producen en adolescentes.

Según la OMS, la edad más segura para el embarazo es de los 20 a los 24 años de edad. Algunas de las razones médicas para evitar el embarazo en menores de 18 años, es que no se ha completado el desarrollo óseo y no se ha alcanzado la masa mineral máxima, así como la relativa inmadurez del canal del parto.

Hay información controversial respecto al mayor riesgo que tiene una adolescente gestante. Entre las

complicaciones más frecuentes en los embarazos de adolescentes, según un estudio de México, se señala la anemia, las infecciones bacterianas graves, el parto prematuro, el parto obstruido y prolongado, la desproporción céfalopélvica, la muerte fetal y la formación de fístulas rectovaginales o vesicovaginales. La mortalidad relacionada con el embarazo y el parto la consideran de dos a cinco veces más alta entre las mujeres menores de 18 años de edad que entre las de 20 a 29 años de edad<sup>(4)</sup>.

Por el contrario, en Estados Unidos, la razón de muerte materna es igual o un poco menos en las mujeres menores de 20 años, cuando se compara este indicador con las mujeres de 20 a 24 años. Sin embargo, en las mujeres muy jóvenes, parece ser mayor<sup>(5)</sup>.

Se señala que una de las complicaciones obstétricas más frecuentes es el desarrollo del síndrome hipertensivo del embarazo<sup>(6-9)</sup>. Sin embargo, un estudio internacional menciona que la incidencia de preeclampsia es similar en las pacientes adolescentes que en las adultas<sup>(1)</sup>. La frecuencia de anemia e infección del tracto urinario reportada en la mayor parte de las publicaciones es alta en las pacientes adolescentes embarazadas y esta diferencia es estadísticamente significativa, con respecto a los grupos controles<sup>(6,8,10,11)</sup>. Cuando la anemia es severa, se la ha relacionado con otros factores de riesgo de la madre adolescente, demostrándose que su presencia estaría vinculada con parto prematuro y recién nacidos de peso bajo al nacimiento<sup>(12)</sup>.

Una serie de estudios realizados en poblaciones de similares carac-

terísticas demuestran que, el riesgo de parto prematuro es mayor en las pacientes adolescentes embarazadas<sup>(1,2,7,9,13)</sup>. La edad gestacional del parto prematuro está en relación a la edad materna, existiendo mayor riesgo de partos prematuros de menor edad gestacional a menor edad materna<sup>(14)</sup>. En este mismo contexto, algunos estudios destacan que existe una frecuencia mayor de rotura prematura de membranas en la paciente adolescente<sup>(1,15)</sup>.

En lo que respecta a las patologías del parto, diversos estudios señalan que mientras más joven es la adolescente, mayores son las alteraciones que pueden ocurrir en relación al parto<sup>(6)</sup>, debido principalmente a una falta de desarrollo de la pelvis materna y de sus partes blandas, lo que condicionaría una mayor incidencia de desproporción cefalopélvica (DCP) y, por lo tanto, mas trabajos de parto prolongados y mayor uso de fórceps y cesáreas<sup>(2,7,9,15)</sup>. Además de la DCP, se encuentra mayor presentación podálica y preeclampsia<sup>(8-10)</sup>. Igualmente, tienen mayor riesgo de culminar su parto con laceraciones del cuello uterino, vagina, vulva y periné. Otros estudios, sin embargo, han encontrado una menor incidencia de partos operatorios en las adolescentes, con respecto a las mujeres adultas<sup>(1,15)</sup>.

El desarrollo de un trabajo de parto prolongado y expulsivos laboriosos podría influir en la condición inmediata del recién nacido. Sin embargo, los estudios revelan una baja proporción de depresión respiratoria y asfixia al nacer en hijos de madres adolescentes<sup>(1,2,8,11,16)</sup>.

En diferentes estudios, se menciona que las complicaciones neo-





natales son mayores en hijos de madres adolescentes<sup>(17)</sup>. Se señala que tienen el doble de posibilidad de presentar alguna patología<sup>(2)</sup>. En la mayoría de los estudios, se encuentra una frecuencia mayor de recién nacidos de peso bajo al nacer, pareciendo ser el principal riesgo del recién nacido de madre adolescente<sup>(1,2,6,9,10,18)</sup>. El peso bajo está dado tanto por la condición de prematuro como por el nacimiento de recién nacidos pequeños para la edad gestacional (PEG). Igualmente, hay investigación que indica mayor frecuencia de PEG en adolescentes, con respecto al grupo de madres adultas<sup>(1,10,15)</sup>.

El inicio de la reproducción durante la adolescencia provoca limitaciones en el desarrollo integral de las mujeres, así como el empeoramiento de su situación socioeconómica, especialmente en aquellas de hogares pobres. Las mujeres que tienen su primer hijo durante la adolescencia tienen una mayor probabilidad de quedar embarazadas nuevamente y de tener un número mayor de partos. Tienen menos probabilidades de recibir el apoyo del padre biológico de sus bebés, de terminar sus estudios y de trabajar en algún tipo de profesión, así como de establecer una independencia y estabilidad financiera adecuada para sostenerse a sí mismas y a sus hijos, sin necesidad de recursos externos.

El propósito de la presente investigación es identificar las complicaciones materno perinatales del embarazo en adolescentes de una zona del Cono Norte de Lima, al compararlas con un grupo control de gestantes adultas.

**Tabla 1.** Características generales de gestantes adolescentes y grupo control

Características	Grupo adolescentes (n = 162)	Grupo control (n = 162)	Significancia valor de p
• Edad materna (años)	17,5	24,4	NA
• Estado civil			
– Soltera	37	30	0,34
– Conviviente	121	108	0,11
– Casada	4	24	0,00
• Grado de instrucción			
– Primaria incompleta	8	8	1,00
– Primaria completa	8	3	0,13
– Secundaria incompleta	83	17	0,00
– Secundaria completa	59	116	0,00
– Superior	4	18	0,00
• Ocupación			
– Estudiante	14	7	0,11
– Ama de casa	146	134	0,05
– Otro	2	21	0,00
• Edad de la pareja			
– Sin pareja	5	2	0,25
– Menos de 20 años	42	4	0,00
– 20 a 30 años	107	132	0,00
– Más de 30 años	8	24	0,00
• Control prenatal (CPN)			
– Sin CPN	28	18	0,11
– Con CPN	134	144	0,65

## MATERIALES Y MÉTODOS

El presente es un estudio observacional, analítico, tipo caso-control. El grupo de estudio consistió en puerperas adolescentes, de 10 a 19 años, y el grupo control estuvo conformado por puerperas de 20 a 29 años, atendidas en el servicio de hospitalización de ginecoobstetricia, en el Hospital Nacional Sergio E. Bernal, durante el periodo comprendido entre mayo y octubre de 2004.

Se tuvo como criterio de apareamiento la condición de primiparidad.

La muestra fue determinada mediante muestreo aleatorio simple. La conformaron 162 participan-

tes para cada grupo de estudio, de acuerdo a los criterios de inclusión y exclusión. Para el estudio, se confeccionó un instrumento de recolección de datos, previamente validado, con el cual se entrevistó a la puerpera adolescente, se revisó su historia clínica y se registró las complicaciones de la paciente y su hijo hasta el momento del alta. El mismo estudio fue realizado en la paciente control.

Para el análisis y procesamiento de los datos se utilizó el paquete estadístico SPSS v.10, presentándose en tablas, expresando frecuencia, promedios y nivel de significación, aplicando en análisis estadístico de U de Mann Whitney.



**Tabla 2.** Complicaciones del embarazo en primigestas adolescentes

Complicación	Grupo adolescentes (n = 162)		Grupo control (n = 162)		Significancia valor de p
	N	%	N	%	
• Amenaza de aborto	1	0,62	0	0,00	0,32
• Amenaza de parto pretérmino	0	0,00	1	0,62	0,32
• Infección de vía urinaria	47	29,0	17	10,5	0,00
• Otras infecciones	16	9,9	13	8,0	0,56
• Anemia	22	13,6	13	8,0	0,11
• Oligohidramnios	1	0,6	3	1,9	0,32
• Desprendimiento prematuro placenta	0	0,0	4	2,5	0,04
• Preeclampsia	18	11,1	16	9,9	0,72
• Embarazo prolongado	0	0,0	1	0,6	0,32
• Rotura prematura membranas	22	13,6	13	8,0	0,11
• Distocia de presentación	0	0,0	8	4,9	0,00
• Distocia ósea	27	16,7	16	9,9	0,07
• Distocia funicular	22	13,6	17	10,5	0,39
• Senescencia placentaria	7	4,3	4	2,5	0,36
• Virus inmunodeficiencia humana	1	0,6	0	0,0	0,32

## RESULTADOS

El promedio de las edades del grupo de adolescentes (17,5%) no se diferencia mucho del promedio de las adolescentes tardías (17,7%). El número de adolescentes menores de 16 años solo fueron 11 (6,8%).

Por razones de edad, obviamente las adolescentes fueron mayoritariamente no casadas. El 61,2% de adolescentes no tenía secundaria completa, lo más probable es que definitivamente permanecieran con este grado de instrucción por razones de la maternidad, ci-

fra que resulta muy diferente al 17,3% del grupo control.

Se supone que mayoritariamente las adolescentes deberían ser estudiantes, pero en este grupo de gestantes solo 8,6% mantiene esta condición; el 83% era ama de casa.

El 71% de parejas de las adolescentes es mayor de edad, por lo que se va a encontrar numerosos casos de seducción y violación.

Las adolescentes tuvieron menos controles prenatales que las adultas, 83% frente a 89%, pero sin diferencias estadísticas significativas.

La complicación mas frecuente de la adolescente fue la infección de la vía urinaria, en relación al grupo control, con diferencia altamente significativa ( $p=0,00$ ). También, se observó elevada incidencia de anemia, preeclampsia, rotura prematura de membranas (RPM), distocia ósea, distocia funicular, senescencia placentaria, otras infecciones (vulvovaginitis y condilomatosis), pero sin diferencias estadísticas significativas respecto al grupo control. Contrariamente, la distocia de presentación y el desprendimiento prematuro de placenta se presentaron con mayor frecuencia en el grupo control, con diferencias significativas.

Se observa que hay mayor número de casos de trabajo de parto prolongado y expulsivo prolongado en el grupo de adolescentes, pero sin diferencias estadísticas significativas.

Contrariamente a lo encontrado en estudios similares, el parto por cesárea fue más frecuente en el grupo control frente al grupo de adolescentes, aunque sin diferencias estadísticas significativas. En los últimos años, la tasa de cesárea en el Hospital Sergio E Bernales ha fluctuado entre 30 y 35%.

La infección puerperal y la retención de secundinas fueron relativamente más frecuentes en el grupo de adolescentes, en relación con el grupo control, pero con  $p>0,05$ .

Respecto a las complicaciones fetales, hubo mas óbitos en el grupo control y mayor sufrimiento fetal agudo en las adolescentes, pero sin diferencias significativas.

Hubo diferencias en el número de recién nacidos con peso ideal en

**Tabla 3.** Complicaciones del parto en primigestas adolescentes

Tipo de parto	Grupo adolescentes (n = 162)		Grupo control (n = 162)		Significancia, valor de p
	N	%	N	%	
• Parto vaginal	121	74,7	108	66,6	0,32
• Parto por cesárea	41	25,3	54	33,3	0,11





Tabla 4. Tipo de parto en primigestas adolescentes

Complicación	Grupo adolescentes (n = 162)		Grupo control (n = 162)		Significancia, valor de p
	N	%	N	%	
• Tiempo de parto prolongado	5	3,1	1	0,6	0,1
• Expulsivo prolongado	2	1,2	0	0,0	0,1

el grupo control, casi 94% frente al 86% en las adolescentes. Se puede asumir que el peso bajo se presenta con mayor frecuencia en los hijos de las adolescentes, pero con  $p > 0,05$ .

Respecto al Ápgar del recién nacido, no hubo diferencias estadísticas significativas, aunque numéricamente pareciera que los hijos de las adolescentes nacen más saludables.

La condición de grande para la edad gestacional (GEG) fue la única complicación con diferencia significativa en las adolescentes, respecto al grupo control. La prematuridad, los pequeños para edad gestacional y el traumatismo obstétrico fueron más frecuentes en las adolescentes, pero con  $p > 0,05$ . Por el contrario, el Ápgar bajo al nacer y la hiperbilirrubinemia fueron más frecuentes en los hijos de mujeres adultas, pero sin diferencias estadísticas significativas.

## DISCUSIÓN

En el Hospital Nacional Sergio E. Bernales se atiende un promedio de 5 700 nacimientos al año; 16,76% corresponde a gestantes adolescentes, incidencia que es parecida al promedio latinoamericano.

Las características generales que describe el estudio nos demuestra factores muy preocupantes de una embarazada adolescente, cuando se le compara con una gestante adulta. Resulta dramático conocer que 3 de cada 5 no completaron su secundaria y que probablemente permanecerán con este limitante grado de instrucción; saber que fundamentalmente son amas de casa, cuando la mayoría debería continuar estudiando; conocer que sus parejas son fundamentalmente adultos, considerando la posibilidad de haber sido seducidas o violadas.

Existe la idea generalizada, con respaldo de mucha bibliografía,

que el embarazo en la adolescencia se asocia a mayores tasas de morbilidad y mortalidad, tanto para la madre como para el niño. Las mujeres adolescentes no solo están menos preparadas emocionalmente que las mujeres mayores para tener un bebé, sino también menos preparadas físicamente para dar a luz un bebé saludable. A la luz de la medicina basada en evidencias científicas, es necesario seguir explorando el tema para esclarecer en qué medida el factor edad es realmente un elemento de riesgo en la práctica obstétrica.

En el presente estudio, se observa resultados sorprendentes que contradicen a gran parte de la bibliografía existente, cuando se refieren a la denominación de ser riesgo obstétrico alto por simplemente ser adolescente.

La investigación indica el mayor riesgo que para la gestante adolescente tiene la infección urinaria, pero respecto a las demás patologías que describe la bibliografía, no se demuestra estadísticamente su mayor presencia en las adolescentes. La anemia, rotura prematura de membranas, distocia ósea, distocia funicular, senescencia placentaria, tienen ligera predominancia sobre el grupo control, pero con  $p > 0,05$ . Contrariamente a otros estudios, no se encontró diferencia significativa con respecto a la preeclampsia<sup>(19-22)</sup>, tal como lo indica un estudio realizado en Chile<sup>1</sup>, o el realizado en un hospital de Lima por Távara<sup>(23)</sup>, quien encuentra a la eclampsia en adolescentes como única patología de riesgo, con diferencias estadísticas significativas con respecto a un grupo de mujeres de 20 a 34 años.

Tabla 5. Complicaciones del puerperio en primigestas adolescentes

Complicación	Grupo adolescentes (n = 162)		Grupo control (n = 162)		Significancia, valor de p
	N	%	N	%	
• Infección puerperal	4	2,5	3	1,9	1,00
• Retención de restos	11	6,8	7	4,3	0,70



**Tabla 6.** Resultados perinatales en primigestas adolescentes

Características	Grupo adolescentes n = 162		Grupo control n = 162		Significancia, valor de p
	Nº	%	Nº	%	
• Complicaciones fetales					
- Óbito fetal	1	0,6	4	2,5	0,33
- Sufrimiento fetal agudo	16	9,9	13	8,0	0,18
- Restricción del crecimiento	1	0,6	1	0,6	0,56
• Peso del recién nacido (g)					
- Menos de 2 501	12	7,4	5	3,1	0,08
- 2 501 a 3 999	140	86,4	152	93,8	0,03
- Más de 3 999	10	6,2	5	3,1	0,19
• Ápgar al minuto					
- 0 a 3	1	0,6	4	2,5	0,18
- 4 a 6	7	4,3	9	5,6	0,61
- 7 a 10	154	95,1	149	91,9	0,26

Se exploró en el estudio la posibilidad en las adolescentes de parto prolongado, expulsivo prolongado, mayor tasa de cesárea, infección puerperal o retención de secundinas, no encontrando ninguna diferencia con respecto a las gestantes adultas, en contradicción con otros trabajos. Hay estudios que indican que el parto distócico es más frecuente en este grupo<sup>(19-21)</sup>. Sin embargo, también

existen investigaciones que avalan la menor incidencia de parto distócico en las adolescentes<sup>(1)</sup>.

El estudio demuestra que la morbilidad perinatal en las adolescentes no es estadísticamente diferente que en un gestante adulta. Únicamente la condición de grande para la edad gestacional fue detectada como complicación en las menores de 20 años. La prematuridad, los pequeños para la edad ges-

tacional y el traumatismo obstétrico fueron más frecuentes en las adolescentes, pero sin diferencias estadísticas. Por el contrario, se encontró en la evaluación del Ápgar del RN, más saludables a los hijos de las adolescentes que a los de gestante adultas, contrariamente a lo expuesto en otras investigaciones, donde evidencian mayor número de recién nacidos con peso bajo al nacer y Ápgar menor de 7<sup>(19-22)</sup>.

Otro dato importante de mencionar es la existencia de un solo caso de restricción del crecimiento intrauterino (RCIU) para cada uno de los grupos, contrariamente a estudios antes realizados, donde se observa un alto porcentaje de RCIU diagnosticado durante el embarazo y luego confirmado por examen físico del recién nacido<sup>(19-22)</sup>.

En un estudio comparado con grupo control realizado con casi 350 mil gestantes adolescentes, con datos tomados del Clap, se encontró riesgo alto en menores de 20 años, para eclampsia, parto instrumentado, episiotomía, hemorragia posparto, endometritis puerperal, parto pretérmino y peso bajo al nacer, riesgo que se incrementa con la menor edad. Fueron de riesgo bajo para cesáreas, hemorragia del tercer trimestre y diabetes gestacional. La muerte materna fue 4 veces más frecuente en adolescentes precoces que en el grupo control, no hubo mayor riesgo en las mayores de 15 años<sup>(24)</sup>.

Donoso<sup>25</sup>, en Chile, encuentra una mayor tasa de muertes maternas y muertes neonatales en adolescentes precoces, comparadas con gestantes de 20 a 34 años. En adolescentes tardías, no hubo diferencia.

**Tabla 7.** Complicaciones del recién nacido en primigestas adolescentes

Complicación	Grupo adolescentes (n = 162)		Grupo control (n = 162)		Significancia, valor de p P < (0,05)
	N	%	N	%	
• Recién nacido Ápgar < 7	8	4,9	13	8,0	0,26
• RN pretérmino	7	4,3	5	3,1	0,56
• RN postérmino	1	0,6	1	0,6	1,00
• Pequeño edad gestacional	3	1,9	0	0,0	0,08
• Grande edad gestacional	19	11,7	8	4,5	0,03
• Síndrome distrés respiratorio - EMH	1	0,6	0	0,0	0,32
• Otros síndromes distrés respiratorio	1	0,6	0	0,0	0,32
• Hiperbilirrubinemia	13	8,0	17	10,5	0,44
• Hipoglicemia	3	1,9	3	1,9	1,00
• Anemia	1	0,6	0	0,0	0,32
• Infección neonatal	2	1,2	0	0,0	0,16
• Virus inmunodeficiencia humana	1	0,6	0	0,0	0,32
• Traumatismo obstétrico	3	1,9	1	0,6	0,32





El espíritu de la presente investigación coincide con autores como Martínez y Borrón<sup>(26,27)</sup>, cuando afirman que en condiciones adecuadas de nutrición, de salud, de atención prenatal y en un contexto social y familiar favorables, un embarazo y/o parto a los 16, 17, 18 o 19 años de edad no conlleva mayores riesgos de salud materna y neonatal, que un embarazo y parto entre 20 y 25 años. Pero, debemos recordar que 35 % de las madres adolescentes es soltera y que 60 a 70 % de estos embarazos no es deseado, por lo cual podemos comprender los efectos psicosociales de este fenómeno para la familia y la sociedad en general<sup>(28)</sup>.

Es necesario continuar estudiando la población de adolescentes en nuestro país, mejorar la muestra de adolescentes precoces, para confirmar nuestras conclusiones de riesgo para este grupo etéreo; de esta manera, orientar prioritariamente nuestros escasos recursos a este grupo de niñas, sin descuidar a las adolescentes tardías, a pesar de que, al parecer, no son de tanto riesgo como la costumbre indica.

Coincidimos plenamente con los estudios recientes y llegamos a la conclusión que la complicación materno perinatal es un factor muy importante solo en las adolescentes más jóvenes (menores de 16 años). En las adolescentes tardías, parecen ser mucho más relevantes y de mayor impacto diversos factores de tipo psicológico y social, que incluyen miedo, estrés, ansiedad, depresión, culpabilidad,

autoestima baja, suicidios; 'síndrome del fracaso'; problemas escolares, menor rendimiento académico, abandono de los estudios; desempeño laboral en subempleos; precariedad económica; problemas de rechazo social (por su pareja, amigos, vecinos, familiares, padres); dificultad para relación de pareja estable; maternidad solitaria con riesgo de reincidencia.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Díaz A, Sanhueza P, Yaksic N. Riesgos obstétricos en el embarazo adolescente: estudio comparativo de resultados obstétricos y perinatales con pacientes embarazadas adultas. *Rev Chil Obstet Ginecol.* 2002;67(6):481-7.
- Molina R, Sandoval J, Luengo X. En: Pérez A, Donoso E. *Obstetricia*. 3ª Ed. Santiago de Chile, Chile: Publicaciones Técnicas Mediterráneo. 1999:245-56.
- Encuesta demográfica y de salud familiar 2000. *Endes*, Lima 2001.
- Díaz-Sánchez V. El embarazo de las adolescentes en México. *Gac Méd Méx.* 2003; 139.
- Távora L. Contribución de las adolescentes a la muerte materna en el Perú. *Rev Per Ginecol Obstet.* 2004;50(2):111-22.
- Ruoti A. Patología obstétrica en la adolescente embarazada. *Rev Sogia.* 1994; 1(2):70-2.
- Mejía E. Características del embarazo parto, puerperio y recién nacido de la gestante adolescente en la altura. *Ginecol Obstet Perú.* 2000;46(2):135-40.
- Salvador J, Maradiegue E. Gestación en adolescentes: Experiencia en el Hospital Nacional Cayetano Heredia 1992-1994. *Ginecol Obstet (Perú).* 1995;41(3):39-47.
- Gonzales A, Alonso R, Gutiérrez A, Campo A. Estudio de gestantes adolescentes y su repercusión en el recién nacido, en un área de salud. *Rev Cubana Obstet Ginecol.* 2002;61(664):365-99.
- Casas J, Chumbe O, Inguil R, Gonzales L, Mercado F. El parto en la adolescente. Estudio de 3 grupos: Adolescente temprana, tardía y grupo control. *Ginecol Obstet Perú.* 1998;44:101-6.
- Molina R, Luengo X, Sandoval J, González E, Castro R, Molina T. Factores de riesgo del embarazo, parto y recién nacido en adolescentes embarazadas. *Rev Sogia.* 1998;5(1):17-28.
- Pajuelo J, Díaz J, Inga M, Muñoz C. Perfil alimentario- nutricional de la gestante adolescente. *Ginecol Obstet Perú.* 1998;44(1):40-4.
- Falen J, Quiroz J, Figueroa E. Estado nutricional de la gestante adolescente y del recién nacido y consumo de alimentos y nutrientes. *Ginecol Obstet Perú.* 1997; 43(1):9-14.
- Montero A, Matamla M, Valenzuela M. Principales características biosociales del embarazo y parto en adolescentes. *Rev Sogia.* 1999;6:10.
- Peláez J. Adolescente embarazada: Características y riesgos. Comentarios al trabajo de Ángel Maida y cols. *Rev Sogia.* 1996;3(1):13-6.
- Varas J, Schmied W. Embarazo y parto adolescentes. *Rev Chilena Obstet Ginecol.* 2001;66(3):171-4.
- Maida A, Muñoz R, Hochtatter E. Embarazo y adolescencia. *Rev Soc Chilena Obstet Ginecol Infantil Adolesc.* 1996;3(1).
- Herrera C, Calderón N, Carvajal R. Influencia de la paridad, edad materna y edad gestacional en el peso del RN. *Ginecol Obstet Perú.* 1997;43(2):158-63.
- Vásquez A, de la Cruz F, Almiral A, Sánchez M. Repercusión materna del embarazo precoz. *Rev Cubana Obstet Ginecol.* 1995;21(1).
- Vásquez A, Guerra C, Herrera V, de la Cruz F, Almiral A. Embarazo y adolescencia: Factores biológicos materno y perinatal más frecuentes. *Rev Cubana Obstet Ginecol.* 2001;27(2):158-64.
- Valdez S, Essien J, Bardales J, Saavedra D, Bardales E. Embarazo en la adolescencia. Incidencia, riesgos y complicaciones. *Rev Cubana Obstet Ginecol.* 2002;28(2).
- Tay F, \o "Haga click para ver la nota del autor " Puell L, Neyra L. Seminario A. Embarazo en adolescentes: complicaciones obstétricas. *Ginecol Obstet (Perú).* 1999;45 (3):179-82.
- Távora L, Parra J, Pinedo A, Vereau D, Ayasta C. Comportamiento reproductivo en las adolescentes. En: X Congreso Peruano de Obstetricia y Ginecología. Lima. SPOG 1991:106-13.
- Conde A, Belizán JM, Lammers C. Maternal perinatal morbidity and mortality associated with adolescent pregnancy in Latin American: Cross-sectional study. *Am J Obstet Gynecol.* 2005;192:342-9.
- Donoso E, Becker J, Villaroel L. Natalidad y riesgo reproductivo en adolescentes de Chile, 1990-1999. *Rev Panam Salud Pública.* Washington. 2003;14(1).
- Martínez S, Hernández D, Alatorre RJ. Interacción materno infantil en madres adolescentes. Comparación con otros cuidadores (padres y abuelos). *Perinatal Reprod Hum.* 1998;11(4):202.
- Borrón BJ. Adolescente embarazada. *Ginecol Obst Méx.* 1998;65:533-7.
- Valera CA y col. Morbimortalidad materna de la adolescente en UCI. México. 2005 <http://www.ilustrados.com/publicaciones/EEpEpl>.