

Aspectos Médicos y Sociales de la Maternidad en la Adolescencia

Marina Padilla de Gil¹

RESUMEN

Se realizó encuesta sobre conocimientos, actitudes y prácticas; y análisis de expediente clínico a 305 adolescentes que habían dado a luz en los dos principales hospitales obstétricos de la ciudad de San Salvador en los meses de noviembre y diciembre de 1998; con el objetivo de conocer los aspectos sociales que las caracterizan, los factores de riesgo reproductivo que presentan y las morbilidades del embarazo y el parto que desencadenan.

Se encontró que la edad promedio fue de 17.2 ± 1.4 años; el 51% ya habían formado uniones estables antes del embarazo, siendo sus parejas al menos 4 años mayores que ellas en el 66% de casos. La escolaridad promedio era de apenas 7° grado y el 65% ya había abandonado la escuela previamente. La edad promedio para la menarquia fue 12.75 ± 1.30 años, para la primera relación sexual 15.32 ± 1.46 años y para el primer parto 16.54 ± 1.55 años. El 28% ya tenía embarazos anteriores. La principal motivación para iniciar vida sexual fue la atracción física en el 42% y la búsqueda de sostén económico en el 25%. El 66% provenía de hogares destruidos, sin figura paterna. Los conocimientos sobre fertilidad y métodos anticonceptivos eran bajos, 54% y 48% respectivamente, y su uso fue únicamente del 19%. Las causas principales para no usarlos fueron temor y desconocimiento.

Por medio de la aplicación de pruebas estadísticas con Chi-cuadrado y Riesgo Atribuible pudo demostrarse que las adolescentes tienen seis veces mayor probabilidad de presentar factores de riesgo reproductivo y morbilidad del embarazo; y dos veces mayor probabilidad de desencadenar complicaciones durante el parto, así como de que sus recién nacidos presenten alguna patología.

SUMMARY

A KAP interview and clinical file analysis was made to 305 adolescent girls who had given birth to their babies at the two main obstetrical hospitals of the city of San Salvador, during november and december 1998 to find out their common social characteristics, reproductive risk factors and pregnancy morbidity.

Their average age was 17.2 ± 1.4 years : 51% of them had stable unions before their pregnancy began, their partners were at least 4 years older in 66% of couples. The average schooling was 7th grade and 65% of them had already left school when they became pregnant. The average age for menarch was 12.75 ± 1.30 years, for their first intercourse 15.32 ± 1.46 years and for their first delivery 16.54 ± 1.55 years. 28% had previous pregnancies. Their main motivation to start having sex was physical attraction in 42% and search for economic support in 25% of cases. 66% came from broken homes, without a paternal figure.

¹ Jefa Programa Salud Reproductiva y Atención Infantil. Instituto Salvadoreño de Seguridad Social.

Trabajo premiado por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social con el Premio Nacional de Medicina 1999 en la Sociedad Salvadoreña de Obstetricia y Ginecología.

Their knowledge of fertility and contraceptive methods was low: 54% and 48% respectively; contraceptive use was 19%. The main reasons not to use contraception were fear and ignorance.

By means of statistical analysis and odds ratios we could demonstrate that adolescents have six times higher probability of presenting risk factors and developing pregnancy morbidity; and twice the probability of having delivery complications and newborns with pathology than the general population.

INTRODUCCION

En El Salvador el embarazo en adolescentes es un problema de gran magnitud; tanto por sus implicaciones socioeconómicas, como por el alto porcentaje de mujeres menores de 20 años que anualmente se convierten en madres. Para el año 1997 se reporta¹ que el 25% de los partos atendidos a nivel nacional, ocurrieron en este grupo de edad, dando por resultado una tasa de fecundidad de 116 nacimientos por cada 1000 adolescentes en el período 1993-1998².

Además de los problemas médicos a que se exponen por los riesgos inherentes a la maternidad a temprana edad; las jóvenes que se embarazan antes de los 20 años, sufren posteriormente problemas socioeconómicos, ya que se incrementan sus posibilidades de: a) Recibir menos educación, b) Tener mayor dificultad para conseguir empleo, c) Sufrir el abandono de su pareja y e) Vivir en la pobreza.

Actualmente la quinta parte de la población mundial tiene entre 10 y 19 años, y debido al inicio de relaciones sexuales prematrimoniales está más expuesta al riesgo de embarazos involuntarios o no deseados. En los países en desarrollo se ha demostrado que del 20 al 60% de embarazos no son deseados, y que los jóvenes tienen información escasa o incorrecta sobre el uso de anticonceptivos y sobre la fertilidad^{3, 4}.

La literatura médica también reporta el riesgo obstétrico incrementado en la adolescente embarazada. Se ha observado mayor frecuencia de complicaciones tales como: niños de bajo peso al nacer, prematuridad, pre-eclampsia, anemia; así como incidencia aumentada de partos por cesárea^{4, 5}.

OBJETIVO

Describir los diversos aspectos sociales que caracterizan a la madre adolescente; así como los principales factores de riesgo reproductivo y las morbilidades del embarazo y el parto que con mayor frecuencia desencadenan. Describir las variables de educación, calidad de la pareja, inicio de actividad sexual y proyectos de vida, conocimientos de sexualidad y reproducción y riesgos reproductivos.

Se planteó como hipótesis de trabajo que el embarazo en adolescentes se asocia a bajo nivel educativo y desconocimiento sobre fertilidad y que las adolescentes embarazadas tienen mayor frecuencia de complicaciones, tales como incremento de parto por cesárea, pre-eclampsia, anemia y recién nacidos prematuros o de bajo peso al nacer.

METODO

Se realizó un estudio descriptivo prospectivo; el cual consistió de dos partes: la primera es una encuesta CAP sobre conocimientos, actitudes y prácticas en las que se incluyeron 305 pacientes puerperas menores de 20 años que tuvieron parto vaginal o por cesárea en los meses de Noviembre y Diciembre de 1998 en los Hospitales Nacional de Maternidad Dr. Raúl Argüello Escolán y 1o. de Mayo del Instituto Salvadoreño del Seguro Social. La segunda parte consistió de estudio de observación analítico a través de la evaluación de los expedientes del control prenatal y del ingreso hospitalario para la atención del parto.

El tamaño de la muestra se calculó teniendo como base una prevalencia del 25% de embarazo en adolescentes en El Salvador¹, con un nivel de confianza del 95% y un margen de error máximo del 5%.

El número de encuestas se distribuyó entre ambos hospitales en forma proporcional al porcentaje de adolescentes que ambos atienden^{6, 7}.

Se entrevistó y revisó expedientes del universo de pacientes menores de 20 años ingresadas en los servicios de puerperio y cirugía obstétrica de ambos hospitales en los días en que se realizó visita a estos, generalmente tres días por semana escogidos al azar.

Se elaboró documento de recolección de datos conteniendo las variables a investigar. Tanto las encuestas como la revisión de expedientes se realizó personalmente por el investigador. Los datos fueron tabulados en forma mecanizada con el programa EPI Info del CDC de Atlanta. Los resultados se analizaron bajo método estadístico, con prueba de Chi-cuadrado y considerando significativo un valor de p menor de 0.05. Se utilizó el Riesgo Atribuible (Odds Ratio=OR) en los casos que se consideró conveniente. Se incluyeron en el estudio un total de 305 pacientes adolescentes, el 85% (260 encuestas) cuyo parto fue atendido en el Hospital de Maternidad y un 15% (45 encuestas) atendidas en el Hospital 1° de Mayo del Instituto Salvadoreño del Seguro Social.

Resultados

a. Edad

Se encontró un 32% de pacientes menores de 17 años, siendo la edad promedio del grupo 17.2 ± 1.4 años, al comparar con la edad de sus parejas, la mayoría oscila entre 21 y 30 años, con una media de 23 ± 5 años. Únicamente 5% de los compañeros tenían 17 años ó menos. En el 66% de parejas, el hombre era al menos 4 años mayor que ella. No se observó diferencia significativa en las edades entre el área rural y urbana (Tabla N° 1).

b. Escolaridad

El promedio de grados de estudio fue de 7° grado para las adolescentes y 8° grado para sus parejas, con incremento de un grado más en la población asegurada.

En el área rural como es de esperarse, el promedio de grados de estudio fue menor, resultando en 5° grado para las adolescentes y 6° grado para sus parejas; asimismo el porcentaje de personas sin ningún grado de estudio fue el doble en el área rural (14% para ellas y 11% para sus parejas).

El 65% de las adolescentes ya había abandonado sus estudios cuando se embarazó y un 27% adicional se vio obligada a suspenderlos como resultado del embarazo, dando como resultado un 92% de deserción escolar. Apenas el 8% logró continuar sus estudios durante su embarazo. En el área rural, el abandono escolar ya era de 83% previo al embarazo, en este grupo solo el 3% pudo continuar sus estudios después de embarazarse. No se encontró diferencia al evaluar este parámetro entre las derecho-habientes del Instituto Salvadoreño del Seguro Social y del Hospital de Maternidad.

Comparando con estudio previo realizado en 1985⁸, la escolaridad promedio en el área urbana continua siendo la misma (7° grado); sin embargo en el área rural ha mejorado levemente, ya que en aquella época se reportaba como promedio 1° a 3er. grado y actualmente es 5° grado. El porcentaje de 91% de deserción escolar y de 62% que ya no estudiaban en ese período, es muy similar al que actualmente encontramos (92% y 65% respectivamente). Las adolescentes sin escolaridad alguna representaban el 15% en 1985, el doble de lo que refleja nuestro estudio (7%), demostrando una leve mejoría en el nivel educativo de nuestra población joven y un incremento significativo en la asistencia escolar a nivel de primaria en el área urbana, en donde actualmente solo el 3% (6 adolescentes) reportó no haber ido a la escuela. A nivel rural este porcentaje no ha sufrido modificaciones significativas ya que aun es de 14% la ausencia completa de escolaridad.

TABLA N° 1
EDAD Y ESCOLARIDAD DE LA POBLACIÓN ESTUDIADA.
(DISTRIBUCIÓN %)

Variables	Adolescente (n=305)	Pareja de Adolescente (n=299)
Edad (años)		
17 y (-)	32	5
17 - 19	68	29
21 - 30	--	59
31 - 40	--	6
41 y (+)	--	1
TOTAL	100	100

ESCOLARIDAD	(n=305)	(n=282)
Sin educación	7	6
Primaria incompleta	30	23
Primaria completa	10	8
Secundaria incompleta	46	42
Bachiller	6	15
Universitaria	1	6
TOTAL	100	100

c. Estado Civil

Al momento del inicio del presente embarazo, ya estaban casadas el 5% de ellas y acompañadas el 46% (Total 51% ya estables), el 27% continuó soltera aun al momento del parto y el restante 22% se casó o acompañó como resultado del embarazo. Se encontró un número significativamente menor de pacientes solteras en la población del Instituto Salvadoreño del Seguro Social (15%). Este grupo estaba conformado por jóvenes trabajadoras cotizantes.

d. Procedencia

El 64% procedía del área urbana y el 36% del área rural. Dicha distribución fue la misma en los dos hospitales incluidos en el estudio. Las pacientes atendidas en el Seguro Social eran beneficiarias de sus esposos o compañeros en el 58% y cotizantes por si mismas en el 42% de casos.

SEXUALIDAD

El 82% reportó haber tenido relaciones sexuales prematrimoniales (84% en el área urbana y 77% en el área rural). La edad promedio de la menarquia (primera menstruación) fue de

12.75±1.30 años. La edad a la primera relación sexual fue de 15 años en promedio (15.32 ± 1.46) , encontrando un 29% que las iniciaron antes de los 15 años. En 1985 se encontró que el 16% había iniciado relaciones antes de los 13 años, pero en 1998 este porcentaje es únicamente de 2%. En la mayoría de los casos (69%) la primera relación sexual tuvo lugar en la casa de él, siendo su primera experiencia con su compañero de vida o esposo en el 51% de casos, con el novio en el 40%, y con amigo o amante en el 9%. No se encontraron diferencias significativas de éstos parámetros entre la población rural y urbana. A diferencia del estudio previo^{8/} no se reportaron casos de incesto; en aquella época se dimensionó en 5% este tipo de abuso sexual.

En el 82% de los casos, el padre de su bebé era su primera pareja sexual, el 15% había tenido otra pareja anterior y solo el 3% reportaba 2 ó más parejas previas. El 42% reportó disfrutar de placer sexual (orgasmo) aunque sea en forma ocasional. Este porcentaje se incrementó al 50% en el área urbana y estaba drásticamente disminuido en las adolescentes del área rural, quienes reportaron apenas un 27% que obtienen orgasmo. Esta diferencia es estadísticamente significativa (p=0.001) OR=2.70 (1.44<OR<5.10), lo que nos indica que las adolescentes del área rural tienen casi 3 veces mayor probabilidad de no disfrutar de la relación sexual que las jóvenes del área urbana.

El período de noviazgo antes del primer coito fue de un máximo de 6 meses en el 41% de las parejas y de un año como máximo en el 75% de casos. El intervalo entre la primera relación sexual y el embarazo fue en promedio de 5 meses, encontrando que en un 25% el embarazo surgió con las primeras relaciones sexuales (en el transcurso del primer mes).

La principal motivación para iniciar relaciones sexuales por primera vez fue el amor o atracción física en el 42% de adolescentes, pero también era considerable el grupo que lo hizo para “irse de su casa” (20%), el cual duplica el reportado en 1985. El 3% de jóvenes que confesaron haber sido víctimas de violación sexual es igual al reportado en el estudio previo, y se mantiene en igual proporción tanto en la población rural como urbana y asegurada o no asegurada.

El 41% de encuestadas opinó que las relaciones sexuales prematrimoniales son incorrectas y que no debió haber aceptado tenerlas.

La edad promedio al primer embarazo fue de 16.54 ± 1.55 años; encontrando que el 11% había tenido su primer hijo entre los 12 y 14 años. En el 54% de los casos el embarazo era inesperado o no deseado; ligeramente mayor que en 1985, año en el que el 45% de los embarazos fueron no planeados.

SITUACION FAMILIAR

Unicamente el 34% provenía de hogares estables, con la presencia de padre y madre y un 46% adicional vivía solo con su madre, las cuales a su vez fueron madres solteras en un alto porcentaje. Al investigar donde se encuentra el padre ausente, se observó que en la mitad de

los casos ha formado un nuevo hogar y en un 20% respectivamente se ha ido fuera del país o ha fallecido.

El 73% de madres adolescentes cuenta con la ayuda y compañía de su pareja, pero de éste grupo únicamente el 43% se mantiene a sí mismos, sin ayuda. El resto vive con familiares de él (35%) o de ella (22%). La responsabilidad financiera del mantenimiento del bebé recaerá exclusivamente en su pareja en el 64% de casos, en sus padres en el 20%, lo harán entre ambos el 7% y el restante 9% deberá enfrentarla ella sola.

A pesar de que el 43% de los padres reaccionaron inicialmente con enojo ante la noticia del embarazo, la mayoría (77%) cuenta con su apoyo al momento del nacimiento del bebé. El 26% de las adolescentes sintieron temor al confirmárseles el embarazo en especial por la reacción de su familia. Al 8% de jóvenes madres, sus parejas les negaron la paternidad del bebé y un total de 27% fueron abandonadas. En 1985 este grupo representó el 29%, demostrando muy poco avance en lo relativo a paternidad responsable.

En cuanto a perspectivas personales futuras, únicamente el 8% consideraba que podría continuar sus estudios (3% en el área rural). Casi la mitad ya no tenía más aspiraciones que convivir con su pareja y cuidar a sus hijos, por lo que para ellas el embarazo a temprana edad no es percibido como un factor limitante, sino más bien como una reafirmación de su feminidad y una forma de alcanzar estabilidad económica por parte de su pareja.

CONOCIMIENTOS SOBRE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

Los conocimientos sobre fertilidad y ciclo menstrual oscilaron entre 56% en el área urbana y 30% en el área rural. La fuente de información al respecto ha sido la escuela en el 64% y la madres en el 22%. El 7% de las encuestadas refirió que si se lo habían explicado pero no lo entendió bien o lo olvidó. Al ahondar sobre el conocimiento de los días de mayor fertilidad, muy pocas respondieron correctamente, lo que demuestra que las clases al respecto no dejan claro el mecanismo de la ovulación y su relación con la posibilidad de embarazarse.

Únicamente el 19% (23% urbano y 12% rural) usó métodos de planificación familiar antes de su primer embarazo, con preferencia para los anticonceptivos orales. Las causas principales para no usarlos fueron el temor y desconocimiento. El 32% de adolescentes no conocían ningún método de planificación familiar al iniciar su vida sexual (22% en el área urbana y 51% en el área rural).

Los métodos más conocidos son los anticonceptivos orales (60%) y los inyectables (44%). El conocimiento y uso de métodos anticonceptivos es significativamente mayor entre las adolescentes adscritas al sistema del Seguro Social, ya que el 35% los había usado y únicamente el 18% reportó no conocerlos. Al comparar con el estudio de 1985 en el que apenas el 8% había utilizado algún método se observa que ha habido un incremento en su uso en este grupo de edad; pero las causas para no utilizarlos siguen siendo las mismas. Llama la atención que la religión no es un obstáculo para su uso ya que tan solo una paciente lo

mencionó como justificación para no usarlos. El porcentaje de adolescentes que no conoce ningún método, tampoco se ha mejorado con el tiempo. La diferencia del uso y conocimiento sobre Planificación Familiar entre las jovencitas del área urbana y rural es significativa ($p < 0.001$) con un OR de $3.69 \Rightarrow (1.91 < OR < 7.16)$; lo que demuestra que la adolescente del área urbana tiene 3.7 veces mayor probabilidad de conocer y usar algún método anticonceptivo que la del área rural, lo cual enfatiza la necesidad urgente de incrementar las actividades de educación y promoción en ese nivel.

HISTORIA OBSTETRICA

a. Paridad

Para el 72% de adolescentes, éste era su primer embarazo, pero el 28% restante ya había tenido uno o más embarazos ya que 23% eran secundigestas y 5% cursaban su 3° ó 4° embarazo. En el área rural, éste último grupo con 3-4 embarazos previos representaba el 8%. En el estudio de 1985 únicamente el 15% había tenido embarazos previos (13% secundigestas y 2% con más de dos embarazos). Lo cual demuestra que hay una tendencia al incremento de los embarazos en adolescentes a edad más temprana y con intervalos intergenésicos más cortos.

En las pacientes que ya habían estado embarazadas antes, el resultado de esas gestaciones había sido parto normal en el 63%, aborto en el 21% y cesárea en un 16%.

b. Control Prenatal

El 88% de las adolescentes embarazadas había llevado al menos un control prenatal y más de la mitad, (54%) tenía el mínimo aceptable de cinco consultas que se considera un control prenatal adecuado.

El 35% se inscribió en control prenatal durante el primer trimestre del embarazo y un 21% adicional lo hizo entre las 13 y 16 semanas; dando por resultado un 56% de inscripción precoz. El momento en que se inscribieron y el número de controles es similar al que se observó en la población general ⁷. En 1985 el porcentaje de pacientes que no asistieron a control prenatal fue muchísimo más alto (28%), lo cual denota mayor conciencia en nuestra población joven de la conveniencia de asistir a las consultas prenatales.

c. Factores de Riesgo

La gran mayoría (74%) tenía algún factor de riesgo reproductivo desde el momento de su inscripción; contrastando con el 32% que se observa en la población en general ^{1,6}. Esta diferencia es estadísticamente significativa ($p < 0.001$) $OR = 6.5$ ($3.14 < OR < 11.74$) de donde se concluye que la paciente adolescente tiene 6 veces más probabilidades de presentar factores de riesgo al embarazarse. La clasificación de riesgo del grupo de estudio fue la siguiente:

RIESGO MINIMO : 26%
 RIESGO MODERADO : 68%
 RIESGO ALTO : 6%

Con relación al riesgo moderado puede observarse una marcada diferencia ya que este se observa normalmente en el 20-22% de los embarazos⁶. Sin embargo, el porcentaje de riesgo alto (6%) en el grupo de adolescentes, es similar al de la población embarazada en general.^{6,7} Los factores que determinaron riesgo pueden verse en la tabla N° 2.

TABLA N° 2
FACTORES DE RIESGO SEGÚN NIVEL DE RIESGO

RIESGO MODERADO	% (n=208)	RIESGO ALTO	% (n=18)
Anemia (HB ≤ 10.5)	16	Parto prematuro previo	28
Peso Menor de 100 Lbs.	16	Epilepsia	17
Talla menor de 1.50 Mts	29	Obito previo	17
Edad Menor de 17 años	29	Cardiopatía	11
Cesárea Previa	4	2 Abortos Previos	6
Intervalo intergenésico corto (< 18 m)	5	Nefropatía	6
Citología con Lesión Escamosa Intraepitelial	1	Muerte Neonatal Previa	6

El 19% de las adolescentes inició su embarazo con bajo peso, por debajo de las 100 lbs., lo cual es un factor de riesgo y únicamente el 21% tuvo una ganancia de peso adecuada, entre el percentil 50-90 según la curva del CLAP⁹ (Ver tabla No.3). El peso promedio al inicio del embarazo fue de 113 ± 16.25 lbs. La talla promedio fue de 1.52 mts.± 5.8 cm., con un 32% de adolescentes con talla inferior a 1.50 mts., lo cual es otro factor de riesgo. En el área rural se encontró mayor incidencia de anemia (23%) bajo peso (23%) y baja talla (36%) que en el área urbana pero la diferencia no resultó ser estadísticamente significativa.

TABLA N° 3
PESO ALCANZADO POR LAS EMBARAZADAS EN ESTADO PERCENTIL

	% (n=305)
10 y (-) (0-14 lbs.)	14
10 y 25 (15-18 lbs)	23
25 y 50 (19-24 lbs)	27
50 y 90 (25-33 lbs)	21
90 y (+) (> de 33 lbs)	4

No se pudo obtener datos	11
TOTAL	100

d. Morbilidad del Embarazo

El 52% de pacientes presentó algún tipo de morbilidad obstétrica durante su embarazo. Siendo esta mayor que la población general, con una diferencia estadísticamente significativa $p < 0.001$ y $OR = 6.14$ ($2.98 < OR < 12.79$) y un Riesgo Relativo ($RR = 3.47$) demostrando fuerte asociación entre adolescencia y embarazo con patología, así como una probabilidad 6 veces mayor de presentar morbilidad durante el embarazo. (Ver tabla N° 4), Principales causas de Morbilidad Obstétrica y su prevalencia.

TABLA N° 4
MORBILIDAD OBSTÉTRICA DE LAS ADOLESCENTS ESTUDIADAS

	% (n=159)
Amenaza de Parto Inmaduro ó Prematuro	17
Ruptura Prematura de Membranas	15
Embarazo Prolongado	13
Infección Vías Urinarias/ Pielonefritis	13
Retardo de Crecimiento Intrauterino	13
Pre-eclampsia	11
Presentación Anormal	8
Amenaza de Aborto	4
Embarazo Múltiple	3
Poli-oligohidramios	3

e. Parto.

En el 72% de casos el parto fue vaginal y un 28% ameritó cesárea. La tasa de cesárea no presentó diferencia estadísticamente significativa con la reportada por ambos hospitales durante 1998 para el total de partos^{7, 10}; a pesar de estar ligeramente incrementada.

El 80% de los partos fue de término (37-42 sem.) con 11% de partos de pre-término (<36 semanas) y 9% de post-término (> 42 semanas). El APGAR fue mayor de 7 a los 5 minutos en el 96% de nacimientos. El peso fetal promedio fue de 2972.19 ± 551.92 gm., y la talla fetal 48.01 ± 2.8 cms. En el 16% de recién nacidos se encontró bajo el peso al nacer (<2,500 gm) y macrosomía fetal (peso >4,000 gms.) se observó en el 2% de los bebés.

f. Morbilidad del Recién Nacido

Se encontró morbilidad del recién nacido en el 37% de los partos (Ver tabla No.5), lo cual es mayor de la frecuencia normal reportada por ambos centros, del 23 al 25%^{7, 10}; al aplicar las pruebas estadísticas nos dió por resultado un $OR = 1.97$ ($p = 0.04$), lo cual demuestra que las

adolescentes tienen casi el doble de posibilidad de que sus hijos presenten alguna patología al nacer. Tanto la incidencia de prematuridad como la de bajo peso al nacer estaban incrementadas en este grupo de madres adolescentes, pero la diferencia no resultó ser estadísticamente significativa.

TABLA N° 5
MORBILIDAD DEL RECIÉN NACIDO

	% (n=114)
Bajo peso al nacer	33
Distress Respiratorio	23
Prematuridad	22
Aspiración Meconial	14
Obito Fetal	4
Macrosomía Fetal	4

g. Complicaciones del Parto.

Las complicaciones durante el parto y las Indicaciones de Cesarea se aprecian en la Tabla N° 6. Se reportó morbilidad en el 33% de las pacientes. Al comparar la frecuencia en que se presentaron estas complicaciones en la población total atendida en ambos hospitales en ese período, que fue de 17%; se comprueba que la diferencia es estadísticamente significativa ($p=0.01$) y $OR=2.40$. Demostrando así que la paciente adolescente tiene el doble de probabilidad de sufrir alguna complicación al momento del parto que las pacientes mayores de 20 años.

TABLA N° 6
MORBILIDAD OBSTETRICA E INDICACIONES DE CESAREA

Morbilidad Parto y Puerperio	% (n=102)	Indicaciones de Cesarea	% (n=86)
Parto prematuro	30	Desproporción Cefalopélvica	25
Sufrimiento Fetal Agudo	24	Cesárea anterior	19
Desproporción Cefalopélvica	19	Presentación Anormal	17
Atonía Uterina	9	Sufrimiento Fetal Agudo	24
Corioamnionitis	9	Pre-eclampsia	8
Obito Fetal	6	Otros	4
Eclampsia	3	Abrupcio	3

h. Expectativas Reproductivas.

Unicamente el 38% de madres adolescentes pensaba dar lactancia exclusiva, sin tener definido el período durante el cual mantendría este tipo de alimentación.

El 74% contestó que sí pensaba usar algún método de planificación familiar después del parto, sin embargo un 35% aun no sabían cual método preferían. Entre aquellas que sí tenían clara su preferencia se encontró un franco predominio por el método inyectable. Las principales causas para no planificar fueron por que estaría sola en el 61% de casos, y por temor o por que no le gusta a ella o su pareja en el 39% restante.

DISCUSIÓN

La adolescencia se ha considerado por lo general un período relativamente libre de enfermedades; pero en los últimos años y especialmente a partir de la década de los ochenta, debido a que la actividad sexual entre adolescentes se ha incrementado y los nacimientos en mujeres menores de 20 años representan una proporción creciente de todos los partos¹¹; este grupo ha ameritado atención especial en la búsqueda de proporcionarles mejoras tanto en su salud sexual como reproductiva¹².

El embarazo en adolescentes siempre ha ocurrido en todos los países observándose tasas más altas en aquellos en vías de desarrollo, tales como los de América Latina y el Caribe¹³.

En El Salvador la tasa de nacimientos en mujeres menores de 20 años ha descendido ligeramente de 124/1000 adolescentes en el período 1988-1993 a 116/1000 entre 1993-1998²; lo cual nos sitúa entre los países con más altas tasas de embarazo en adolescentes en el mundo, superados por los países africanos y algunos de América Latina únicamente¹⁴.

La prevención de los embarazos en la época de la adolescencia se ha convertido en una prioridad en muchos países y ha dado lugar a que se estudien las motivaciones y comportamientos que colocan a una joven en alto riesgo para embarazarse^{15, 16, 17}. Coinciden los investigadores en destacar el abandono escolar y la carencia de estabilidad emocional en el hogar por ausencia de la figura paterna, así como el poco conocimiento y temor al uso de métodos de planificación familiar como causas preponderantes.

En el presente estudio realizado en la capital salvadoreña, se encontró que el 65% de madres adolescentes ya habían abandonado sus estudios y el 66% provenía de hogares destruidos siendo criada exclusivamente por la madre o abuela en lo que puede llamarse un patrón de conducta repetitiva o aprendido. A pesar de que el 51% ya había formado un hogar con su pareja y el 22% restante lo hizo como consecuencia del embarazo; el porcentaje de jóvenes legalmente casadas apenas llega a 14%, existiendo la posibilidad de que las uniones consensuales no sean duraderas. La escolaridad promedio es baja, apenas sobrepasando la primaria, y los conocimientos sobre fertilidad son muy escasos. Esto confirma la hipótesis planteada inicialmente que relaciona el embarazo en adolescentes con bajo nivel educativo y desconocimientos sobre fertilidad.

La principal motivación para iniciar su vida sexual a temprana edad (en promedio a los 15 años), fue la atracción física en el 42%; pero un porcentaje considerable (25%) optó por esta vía en busca de sostén económico y como la única manera de abandonar una situación doméstica que no le era agradable.

El uso de métodos de planificación familiar antes del primer embarazo se reportó solamente por el 19% de jóvenes y en la mayoría los usaron en forma ocasional, únicamente el 3% reportó usarlos en forma constante. El 32% desconocía totalmente los métodos anticonceptivos disponibles actualmente.

Entre las causas para no utilizar estos productos, destaca la respuesta *“no me gusta”* o *“él no quiso”*, pudiendo deducirse en la respuesta una presión negativa del compañero que las empuja hacia el embarazo. Tiene importancia además el temor a los efectos nocivos para la salud y la creencia de que no necesitan usarlos porque con las primeras relaciones no se queda embarazada. Se cree asimismo que su uso antes del primer parto las puede dejar estériles y que son dañinas para las mujeres muy jóvenes.

Los resultados del estudio en el aspecto social, se compararon con otro similar realizado en el Hospital Nacional de Maternidad en 1985⁸ y se encontró que a pesar de haber transcurrido trece años, la situación de la adolescente que se embaraza ha sufrido pocas modificaciones positivas, tales como: la edad promedio se ha incrementado de 15 a 17 años, el nivel educativo promedio ha mejorado de 5o. a 7o. grado, el uso de métodos de planificación familiar se ha aumentado de 8 a 19% y la asistencia a control prenatal al menos una vez, mejoró de 72 a 88%. Por otro lado, hay factores negativos que persisten, tales como: los niveles de abandono escolar previo al embarazo y la deserción escolar son las mismas y el porcentaje de pacientes que ya tenían embarazos previos aumentó de 15 a 28%; las motivaciones para iniciar relaciones sexuales tempranas, así como los temores y creencias inexactas y distorsionadas que bloquean el uso de métodos anticonceptivos continúan sin modificarse. Asimismo, la paternidad irresponsable mantiene porcentajes muy similares.

Todo esto nos indica que deben incrementarse los esfuerzos para proveer la educación básica a nuestras jóvenes. Es através de la educación que se puede retrasar la edad del primer embarazo y brindarles expectativas de superación que contribuyan a disminuir el número de hijos y aumentar el intervalo entre los nacimientos.

En la segunda parte del estudio se analizaron los aspectos médicos del embarazo y parto de la población adolescente; encontrando diferencias estadísticamente significativas que demuestran que este grupo de pacientes tiene seis veces mayor probabilidad de presentar factores de riesgo reproductivo y morbilidad durante su embarazo; y dos veces mayor probabilidad de desarrollar complicaciones al momento del parto y de -que sus hijos presenten alguna patología. Se observó una frecuencia aumentada de pre-eclampsia, eclampsia, anemia, prematurez y niños de bajo peso al nacer; sin que la diferencia demostrara ser estadísticamente significativa.

Esto comprueba la segunda hipótesis planteada y refuerza la necesidad urgente de buscar estrategias que prevengan los embarazos en adolescentes.

RECOMENDACIONES.

Ya que el embarazo en adolescentes es un problema multifactorial que incide negativamente en el ulterior desarrollo psicosocial de nuestras jóvenes; deberían considerarse estrategias por parte de los diversos actores sociales que logren mejorar y modificar los valores y estimular las acciones que lo prevengan. En base a los resultados del presente estudio y la realidad particular de nuestra población, podemos recomendar algunas estrategias:

1. Incrementar la educación obligatoria y tomar medidas para evitar el abandono escolar.
2. Conseguir la colaboración de los medios publicitarios para difundir mensajes que fortalezcan la autoestima de las jóvenes.
3. Atraer recursos y voces poderosas que lleven el mensaje de los riesgos y consecuencias negativas de la actividad sexual a temprana edad hacia los mismos adolescentes y les permita tomar sus propias decisiones al respecto.
4. Fomentar la formación de grupos comunitarios liderados por jóvenes, en donde se estimulen actividades recreativas y de interés especial para ellos que les provean de nuevas perspectivas de vida.
5. Implementar programas que incluyan orientación vocacional y adiestramiento en oficios.
6. Modificar el curriculum estudiantil desde los años de primaria para incluir temas que fortalezcan la autoestima de las niñas e incremente su valorización como ser humano que puede y debe contribuir en igualdad de condiciones al desarrollo nacional.
7. Educar a los niños y jóvenes en el respeto hacia la mujer como compañera y no como mero objeto de placer.
8. Fomentar en el joven la paternidad responsable y concientizarlos sobre la necesidad de formar hogares estables que permitan el desarrollo completo de sus hijos e hijas.
9. Solicitar a los líderes religiosos que intensifiquen sus mensajes y den prioridad al grupo de adolescentes para fortalecer los valores morales y fomentar la abstinencia sexual.
10. Poner a la disposición de los y las jóvenes información sobre fertilidad y anticoncepción que disipe los mitos y temores que obstaculizan su uso.
11. Facilitar el acceso a la consejería y la obtención de métodos anticonceptivos para aquellos adolescentes sexualmente activos, proveyendo privacidad y confidencialidad.
12. Habilitar una línea telefónica de consulta para que las y los adolescentes puedan llamar y aclarar sus dudas en relación a sus problemas de salud reproductiva.
13. Apoyar y estimular las acciones que se desarrollen a nivel local y comunitario.

BIBLIOGRAFIA

-
- ¹ Estadísticas Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
- ² ENCUESTA NACIONAL DE SALUD FAMILIAR -FESAL 1998
El Salvador
- ³ POPULATION REPORTS, serie J 41. Oct./95
- ⁴ REPKE, JOHN
ADOLESCENCE: MANAGING PREGNANCY & UNPLANNED PREGNANCY
Contemporary Ob.-Gyn. Oct 1989.
Vol. 34. No. 4, pag.96-124
- ⁵ DIMOND, DIANE
OB-GYN PROBLEMS OF ADOLESCENCE ARE UNIVERSAL
Contemporary Ob/Gym. Jan.1993
Vol. 38 No. 1 Page 37
- ⁶ PADILLA DE GIL, MARINA
EVOLUCION DE LA PACIENTE CON EMBARAZO DE RIESGO
Revcog Vol. 6, No. 2, pag.63. Mayo - Ago.1996
- ⁷ INFORME ESTADISTICO. DEPARTAMENTO DE ESTADISTICAS,
Hospital Nacional de Maternidad
- ⁸ MORAN DE FERRER, RHINA
ASPECTOS SOCIALES DEL EMBARAZO EN ADOLESCENTES.
Hospital de Maternidad, San Salvador. 1985
- ⁹ CLAP
SISTEMA INFORMATIVO PERINATAL.
Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano
Publicación Científica. CLAP No. 1203
- ¹⁰ AUDITORIA OBSTETRICA. HOSPITAL 1° DE MAYO DEL ISSS. Año 1998
- ¹¹ FLORES O, AVILES A, SOLIS C, SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA
EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA.
UNAN - UNFPA - 1997
CAPS. XIII y XIV pag. 191 - 309
- ¹² NORMAS DE ATENCION EN SALUD PARA LOS Y LAS ADOLESCENTES.
EL SALVADOR, CENTROAMERICA 1998
MINISTERIO DE SALUD PUBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL
- ¹³ EMBARAZO DE LA ADOLESCENTE EN AMERICA LATINA Y EL CARIBE. IPPF
EDICION EN FOLLETO. 1992
- ¹⁴ CUADRO DE LA POBLACION MUNDIAL
EDICION EN FOLLETO. POPULATION REFERENCE BUREAU. 1998
- ¹⁵ KITAMURO KUNIO: SURVEY ON TEENAGER'S

UNWANTED PREGNANCY. JAPON. 1996
ENCUESTA NO PUBLICADA.

¹⁶ BLUM, R.W. & RINEHART, P.M. (1997)
REDUCING THE RISK : CONNECTIONS THAT MAKE
A DIFFERENCE IN THE LIVES OF YOUTH.
MINNEAPOLIS MN: DIVISION OF GENERAL PEDIATRICS
AND ADOLESCENT HEALTH . UNIVERSITY OF MINNESOTA

¹⁷ MOORE, K.A.; DRISCOLL, A.K.; LINDBERG, L.D. 1998
A STATISTICAL PORTRAIT OF ADOLESCENT SEX
CONTRACEPTION AND CHILDBEARING
WASHINGTON DC; THE NATIONAL CAMPAIGN TO PREVENT PREGNANCY.