

## Perfil obstétrico de adolescentes embarazadas en un hospital público: riesgo al inicio del trabajo de parto, parto, posparto y puerperio<sup>1</sup>

Hugo Tapia Martínez<sup>2</sup>  
Marta Angélica Iossi Silva<sup>3</sup>  
Iñiga Pérez Cabrera<sup>2</sup>  
Araceli Jiménez Mendoza<sup>4</sup>

Objetivo: escribir el perfil obstétrico de las adolescentes al inicio del trabajo de parto, durante el parto, el posparto y el puerperio. Método: estudio descriptivo transversal, con 85 adolescentes embarazadas elegidas por conveniencia, referidas de los Centros de Salud a un Hospital Público en la Ciudad de México. Fue evaluado el riesgo antes, durante, después del parto y en el puerperio, medidos respectivamente con los "Previgenes" que componen el Sistema de Evaluación de Riesgo Reproductivo y Perinatal. Resultados: el nivel socioeconómico, la ocupación y la escolaridad influyeron en la emotividad de las adolescentes ante el trabajo de parto, cuyo riesgo obstétrico fue de 55% bajo, 35% medio y 10% alto. El riesgo en el parto fue bajo en 55%, medio en 18% y alto en 27%. El riesgo en el posparto fue 50% riesgo bajo, 25% riesgo medio y 25% riesgo alto. En el puerperio, la mayoría de las adolescentes (90%) presentó riesgo bajo. Conclusión: la mayoría de las adolescentes presentaron bajo riesgo en las etapas evaluadas. El estudio contribuyó a identificar las estrategias para el abordaje de riesgos por la vulnerabilidad propia en este tipo de población y favoreció la realización de intervenciones acorde a sus necesidades.

Descriptor: Embarazo en Adolescencia; Factores de Riesgo; Trabajo de Parto; Parto; Período de Postparto.

<sup>1</sup> Apoyo financiero del Programa de Apoyo a Proyectos de Investigación e Innovación Tecnológica (PAPIIT), México, proceso n° 307811-3.

<sup>2</sup> MSc, Profesor Asociado, Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia, Universidad Nacional Autónoma de México, Ciudad de México, México.

<sup>3</sup> PhD, Profesor Asociado, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Centro Colaborador de la OPAS/OMS para el Desarrollo de la Investigación en Enfermería, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

<sup>4</sup> MSc, Profesor Titular, Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia, Universidad Nacional Autónoma de México, Ciudad de México, México.

Correspondencia:

Hugo Tapia Martínez  
Universidad Nacional Autónoma de México. Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia  
Camino Viejo a Xochimilco y Viaducto Tlalpan, s/n  
Col. San Lorenzo Huipulco, Delegación Tlalpan  
CP: 14370, Ciudad de México, DF, México  
E-mail: htaapia99@yahoo.com

**Copyright © 2015 Revista Latino-Americana de Enfermagem**

Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons Reconocimiento-No Comercial (CC BY-NC). Esta licencia permite a otros distribuir, remezclar, retocar, y crear a partir de tu obra de modo no comercial, y a pesar de que sus nuevas obras deben siempre mencionarte y mantenerse sin fines comerciales, no están obligados a licenciar sus obras derivadas bajo las mismas condiciones.

## Introducción

El embarazo en la adolescencia continua siendo un problema de salud pública a nivel mundial. Se estima que cada año 14 millones de adolescentes (mujeres de entre 10 y 19 años) dan a luz en el mundo, lo cual representa poco más del 10% del total de nacimientos. 80% de los nacimientos tienen lugar en los países en desarrollo<sup>(1)</sup>. Para el 2010, de acuerdo con el Censo General de Población y Vivienda, existieron en México 112 336 538 millones de habitantes, de los cuales 21 966 049 (19.5%) fueron adolescentes de 10 a 19 años<sup>(2)</sup>.

La tasa de embarazo en las adolescentes de 12 a 19 años de edad fue de 79 por cada mil mujeres<sup>(3)</sup>. Una de cada seis mujeres que se embarazan en México es adolescente. La mortalidad por embarazo en la adolescencia está relacionada con una mayor mortalidad materna, especialmente entre las adolescentes de 10 a 14 años de edad<sup>(4)</sup>; el riesgo de muerte materna en adolescentes es el doble que en el resto de las mujeres de edad fértil, y cuatro veces mayor cuando se trata de menores de 15 años<sup>(5)</sup>.

En el rubro de morbilidad, las adolescentes embarazadas constituyen un grupo de riesgo. Los riesgos y daños que se pueden presentar en la adolescente no solo se advierten en la gestación, sino también en las etapas subsecuentes del acto obstétrico, es decir, en el parto y posparto, incluyendo al recién nacido. Por ejemplo, el factor Infección de Vías Urinarias (IVU) implica que adolescentes embarazadas y con ese factor tienen más probabilidades de presentar amenaza de aborto, presencia de contracciones uterinas antes del embarazo de término o parto prematuro<sup>(6)</sup>.

Los Factores de Riesgo (FR) han sido clasificados en biológicos, psicológicos y sociales. Entre los FR biológicos se encuentran por ejemplo los relacionados con la contractilidad uterina en el trabajo de parto: número de contracciones uterinas que se presentan en 10 minutos, su intensidad y su duración durante la fase activa del trabajo de parto; mientras que en los de orden social se hallan: el nivel socioeconómico, la ocupación o la escolaridad; y dentro de los psicológicos estarían: la emotividad de la mujer ante el trabajo de parto.

Continuando con el impacto en la salud de los factores de riesgo en las etapas de parto y posparto de adolescentes, estudios han descrito como principales daños el parto pretérmino y las muertes neonatales en hijos de madres adolescentes. Además, identificaron otros como la toxemia, los partos prolongados y el aumento de la incidencia de cesáreas en este grupo

de riesgo; también, incremento de la frecuencia de anemia, toxemia, tener recién nacidos de bajo peso y complicaciones puerperales en estas pacientes<sup>(7-8)</sup>.

Con relación a la adolescencia, se considera un factor de riesgo porque es la etapa de la vida donde ocurren cambios físicos, psicológicos, sociales y culturales; los adolescentes transitan de una inmadurez biopsicosocial a una madurez, primero biológica, para después lograr la psicosocial, como adultos.

Identificar los factores de riesgo de las adolescentes mexicanas pertenecientes a zonas marginadas de la Ciudad de México, al inicio, durante y después del parto, puede favorecer la realización de intervenciones fundamentadas acordes a sus necesidades específicas. Así, este estudio tuvo como objetivo caracterizar el perfil obstétrico en las etapas de inicio del trabajo de parto, durante el parto, el posparto y el puerperio, en adolescentes que acuden a la atención del parto en un Hospital Público de la Ciudad de México.

Las hipótesis que se trazaron fueron que el perfil obstétrico al inicio del trabajo de parto, durante el parto, en el posparto y en el puerperio en las adolescentes es de medio y alto riesgo.

## Método

Se trata de un estudio observacional, descriptivo y transversal. La muestra se constituyó de 85 adolescentes embarazadas elegidas por conveniencia, referidas de dos Centros de Salud a un Hospital Público de la Secretaría de Salud del Distrito Federal, Ciudad de México, de diciembre de 2011 a abril de 2012. Los criterios de inclusión fueron: ser adolescente gestante en la segunda mitad del embarazo; llevar control prenatal subsecuente; haber ingresado a la sala de partos del Hospital Público.

Los instrumentos utilizados fueron las cédulas de riesgo perinatal llamadas "Previgen" IV, V, VI y VIII, que corresponden a una parte del Sistema de Evaluación de Riesgo Reproductivo y Perinatal (SERRP) [Vargas, 2003]<sup>19</sup>, del Centro de Investigación Materno Infantil del Grupo de Estudios al Nacimiento (CIMIGEN). Ellas miden el riesgo al inicio del trabajo de parto, en el trabajo de parto, posparto y en el puerperio, respectivamente. Su aplicación permite la evaluación efectiva de los factores de riesgo en la etapa perinatal, para su eliminación, modificación o disminución de su capacidad de afectar la salud materna y referir oportunamente los casos de alto riesgo al nivel subsecuente de atención. El instrumento consta de 41 variables o factores de riesgo y es llenado por

un encuestador. Se sustenta en la semaforización mundial y los riesgos se consideran de la siguiente manera: color verde indica Riesgo Bajo (RB); color amarillo muestra Riesgo Medio (RM), y color rojo implica Riesgo Alto (RA). Es decir, es una medición cualitativa en escala ordinal.

Seis becarios del pregrado de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia previamente capacitados sobre los antecedentes y objetivos del proyecto, así como del manejo del instrumento y de las instrucciones para la aplicación, llevaron a cabo la recolección de los datos al egreso de la paciente, en su hogar y haciendo uso de expediente, por medio de comunicación permanente y previo consentimiento informado.

Todos los datos recolectados fueron organizados en bancos de datos construidos en el programa Excel y sometidos a la estadística descriptiva por medio del programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 15.

La investigación atendió los principios éticos de beneficencia y no maleficencia, veracidad, privacidad y confidencialidad, señalados en el código ético de Enfermería<sup>(10)</sup>. La recolección de datos se inició después de la aprobación del Comité de Ética del Hospital Público, bajo el N° de registro 27676-2286-

26-X. Posteriormente se obtuvo el consentimiento informado de las adolescentes gestantes junto con la persona responsable (madre, padre, tutor o pareja) antes de llevar a cabo las entrevistas, tanto para las entrevistas directas como para el llenado de los instrumentos diseñados.

## Resultados

Completaron el instrumento 85 sujetos de estudio (100%).

### Variables en el inicio del trabajo de parto

La Tabla 1 demuestra que el riesgo obstétrico en esta etapa fue 55% bajo, 35% medio y 10% alto.

Cuanto a la emotividad, 75% de las adolescentes mostraron tranquilidad y solamente 2% no controlaron sus emociones. Sobre las contracciones uterinas, la mayoría (76%) tuvieron de 3 a 4 contracciones en diez minutos; la intensidad fue normal en 84% de las adolescentes; 92% de las adolescentes tuvieron de 40 a 60 segundos de duración por contracción.

Tabla 1 - Distribución de las adolescentes de acuerdo con las variables al inicio del trabajo de parto. Ciudad de México, México, 2012

Variable	Riesgo Bajo			Riesgo Medio			Riesgo Alto		
	Criterio	N	(%)	Criterio	N	(%)	Criterio	N	(%)
Emotividad / Estado psicológico	Tranquila	64	75%	Excitadas	19	22%	Sin control	2	2%
Contracciones Uterinas									
Frecuencia	3-4 en 10 min.	65	76%	< 3	21	24%	Sin contracción	0	0%
				≥ 5	4	5%			
Duración	40-60 seg.	78	92%	61-90 seg.	7	8%	Sin contracción	0	0%
Intensidad	Normal	71	84%	Intensidad baja	7	8%	Sin contracción	0	0%
				Intensidad alta	7	8%			
Dilatación cervical	1-2 cm	62	73%	≥ 3	14	17%	Sin dilatación	0	0%
				Estacionada	9	10%			
Frecuencia Cardíaca Fetal(lpm)	100 a 150	80	94%	151 a 160	4	5%	Menos de 119	1	1%
Pelvis	Útil	79	93%	Límite	5	6%	Desproporción cefalopélvica	1	1%
Estado de las membranas	Íntegras	71	83%	Rotas hasta 8 h	13	15%	Rotas ≥ 9 h	1	1%
Presentación fetal	Cefálica	81	95%	Pélvica	4	5%	Otra	0	0%
Líquido Amniótico Cantidad	Normal	78	92%	Regular	3	2%	Oligohidramnios	4	5%
Color	Claro	79	94%	Verde	2	2%	Verde oscuro	2	2%
				Amarillo	1	1%	Rojo	1	1%
Riesgo obstétrico	Bajo	46	55%	Medio	30	35%	Alto	9	10%

Sin embargo, para las demás variables evaluadas, dilatación del cérvix, frecuencia cardíaca fetal, pelvis e estado de las membranas, se verificó la mayoría con parámetros dentro de la normalidad. Se destacan que 10% de las adolescentes permanecieron estacionadas cuanto a la dilatación en centímetros (cms) del cérvix, y cuanto al estado de las membranas, 15% se rompieron en un lapso de 8 horas. Con relación al feto, 90% o más de las adolescentes estuvieron en límites normales y condiciones favorables en esta etapa de evaluación.

### Variables durante el trabajo de parto

Con relación al riesgo en el parto, la Tabla 2 muestra que fue bajo en 55% de los sujetos del estudio, medio en 18% y alto en 27%.

Con relación a las variables durante el trabajo de parto, se observó que las relacionadas con el descenso de la presentación, duración del trabajo de parto y el tipo de alumbramiento son las que presentarán mayor riesgo. De todas las adolescentes evaluadas, 16% presentaron descenso difícil, 15% con más de 9 horas de duración del trabajo de parto y 17% con alumbramiento manual.

Tabla 2 - Distribución de las adolescentes de acuerdo con las variables durante el trabajo de parto. Ciudad de México, México, 2012

Variable	Riesgo Bajo			Riesgo Medio			Riesgo Alto		
	Criterio	N	%	Criterio	N	%	Criterio	N	%
Frecuencia Cardíaca Fetal (lpm)	120-150	78	93%	111-119	2	2%	≤110	2	2%
Contracciones Uterinas				151-159	2	2%	≥160	1	1%
Frecuencia (en 10 minutos)	3-4	81	96%	<3	2	2%	Ausentes	0	0%
				≥5	2	2%	Polisistolia	0	0%
Duración (segundos)	40-60	83	97%	<40 seg.	2	3%	Hipersistolia	0	0%
Dilatación cervical (cm)	1-2	61	71%	≥3	14	16%	Sin dilatación	0	0%
				Estacionada	10	13%			
Descenso de la presentación	Normal	61	71%	Muy rápido	10	13%	Difícil	14	16%
Presión arterial (mmHg)	Sist.100-139	79	93%	140-160	5	6%	161 o más	1	1%
Diast. 60-80	79	93%		91-109	6	7%			
Estado de las membranas	Íntegras	54	64%	Rotas ≤8 h	30	35%	Rotas ≥9 h	1	1%
Lugar del nacimiento	Expulsión	63	74%	Quirófano	20	24%	Otro	2	2%
Duración del trabajo de parto	6 a 8 h.	17	20%	Menos de 6	55	65%	Más de 9 h	13	15%
Tipo de alumbramiento	Espontáneo	44	52%	Dirigido	27	31%	Manual	14	17%
Hemorragia	Normal	83	96%	Moderada	1	2%	Excesiva	1	2%
Riesgo obstétrico	Bajo	47	55%	Medio	15	18%	Alto	23	27%

### Variables en el posparto

El riesgo en el posparto fue: 50% riesgo bajo, 25% riesgo medio y 25% riesgo alto (Tabla 3).

De 85 partos atendidos en la sala de expulsión, 98% fue en presentación cefálica y solamente 2% fue en presentación pélvica. De los indicadores de la variable nacimiento, encontramos que 74% fueron nacidos por parto normal y 26% por cesárea, de las cuales 23% fueron de urgencia y 2% programadas.

Acerca del trauma Obstétrico, en 97% estuvo ausente y 3% lo presentó.

Es oportuno destacar que el riesgo medio en el posparto, las variables peso del niño, edad gestacional y sufrimiento fetal fueron claves para este resultado. Del peso registrado al nacimiento, 10% fueron de 2000 a 2499 gms. De acuerdo con la escala de Capurro para el cálculo de la edad gestacional por semanas, 13% de 33 a 42 semanas o más. De los signos de sufrimiento fetal, 8% fueron moderados o severos.

Tabla 3 - Distribución de las adolescentes de acuerdo con las variables en el Posparto. Ciudad de México, México, 2012

Variable	Riesgo Bajo			Riesgo Medio			Riesgo Alto		
	Criterio	N	(%)	Criterio	N	(%)	Criterio	N	(%)
Presentación del bebe	Cefálica	84	98%	Pélvica	1	2%	Otra	0	0%
Nacimiento/ Parto	Vaginal	63	74%	Cesárea Programada	2	3%	Cesárea Urgente	20	23%

(continúa...)

Tabla 1 - *continuación*

Variable	Riesgo Bajo			Riesgo Medio			Riesgo Alto		
	Criterio	N	(%)	Criterio	N	(%)	Criterio	N	(%)
Trauma obstétrico	No	83	97%	Moderado	2	3%	Severo	0	0%
Peso del bebe (gramos)	2500-3499	70	82%	2000-2499	9	10%	<2000	1	2%
				3500-3999	5	6%			
Edad gestacional por Capurro (semanas)	37-41	74	87%	33-36	4	6%	<32	0	0%
				≥42	7	7%			
Calificación de Apgar	7-10	77	90%	Sin respuesta	8	10%	<7	0	0%
Maniobras de reanimación	Normales	83	97%	Moderadas / Oxígeno	2	3%	Reanimación	0	0%
Sufrimiento fetal	No	78	92%	Moderado	6	7%	Severo	1	1%
Riesgo obstétrico	Bajo	43	50%	Medio	21	25%	Alto	21	25%

### Variables en el puerperio

Referente al perfil obstétrico de las adolescentes en el puerperio, 90% fue de riesgo bajo, 8% medio y 2% alto (Tabla 4).

Para todas las variables evaluadas, el riesgo fue en su mayoría bajo, pero se demostró que la lactancia

materna, signos vitales, temperatura y evaluación del edema deben ser factores de atención.

Las madres adolescentes llevaron a cabo la lactancia materna en 87% de los casos, pero 13% alimentaron a sus bebés con fórmula láctea. Los resultados indican que 2% presentó hipertensión y hipertermia moderadas. De las adolescentes, 92% no tuvo edema, pero 7% fue regional y 1% general.

Tabla 4 - Distribución de las adolescentes de acuerdo con las variables en el Puerperio. Ciudad de México, México, 2012

Variable	Riesgo Bajo			Riesgo Medio			Riesgo Alto		
	Criterio	N	(%)	Criterio	N	(%)	Criterio	N	(%)
Hemorragia	Normal	83	98%	Moderada	1	1%	Excesiva	1	1%
Presión arterial	Normal	81	96%	Hipertensión Moderada	2	2%	Hipertensión excesiva	1	1%
				Hipotensión moderada	1	1%			
Frecuencia cardíaca	Normal	84	99%	Taquicardia Moderada	1	1%	Taquicardia severa	0	0%
Temperatura	Normal	82	97%	Hipertermia	2	2%	Hipertermia severa	1	1%
Involución uterina	Normal	84	99%	Sub-involución	1	1%	Atonía	0	0%
Edema	No	78	92%	Regional	6	7%	General	1	1%
Infección	No	84	99%	Local	1	1%	General	0	0%
Eliminación urinaria e intestinal	Sí	81	95%	Dificultad	1	1%	No	3	4%
Lactancia materna	Sí	74	87%	Fórmula	11	13%	Otra	0	0%
Riesgo obstétrico	Bajo	77	90%	Medio	7	8%	Alto	2	2%

### Discusión

Los factores de riesgo implican la probabilidad de que ocurra un daño a la salud de la(s) persona(s); en este estudio se obtuvieron distintos indicadores de riesgo en adolescentes durante las etapas de inicio del trabajo de parto, parto y durante el posparto, incluyendo al recién nacido.

Es importante destacar que todo parto, parto, posparto y puerperio se debe iniciar en el control prenatal, no obstante, los estudios señalan que las gestantes adolescentes asisten menos a las consultas en el período prenatal y, muchas veces, tardan en acudir a la asistencia prenatal, especialmente las adolescentes de primera vez<sup>(11)</sup>. Un estudio realizado en Brasil, el cual analizó datos de 2.557 nacimientos, mostró

que las madres adolescentes estuvieron, de forma sistemática, en desventaja con relación a las demás madres, tanto en lo que se refiere a las características socioeconómicas en cuanto a la asistencia recibida durante la gestación y el parto<sup>(12)</sup>.

Se identificó que la mayoría de las adolescentes en las diferentes etapas del estudio, es decir, al comienzo del parto, durante el parto, en el posparto y el puerperio, presentaron parámetros dentro de la normalidad, que pueden indicar las posibilidades de una atención prenatal adecuada. Sin embargo se identificaron algunos factores de riesgo, como riesgo medio o alto al nacer (50%). 21% de estos nacimientos fueron de urgencia, el alumbramiento en 48% fue dirigido o manual y la edad gestacional de entre 33-36 semanas fue del 6%.

En el presente estudio, cerca de tres cuartos de las adolescentes se mostraron tranquilas durante el trabajo de parto. Sin embargo, cerca de un cuarto se mostró ansiosa o no controló sus emociones. Se sabe que experiencias positivas durante el parto contribuyen a la disminución del miedo y dan mayor seguridad a la mujer en eventuales partos. En este sentido, un estudio realizado en Noruega demostró la asociación entre experiencias negativas en partos anteriores y el miedo, siendo inclusive mayor la asociación entre complicaciones obstétricas y el miedo al parto<sup>(13)</sup>.

Experiencias negativas de las mujeres en el estado grávido y el parto están asociadas con el estatus de depresión en el posparto y el bajo bienestar<sup>(14)</sup>. Para que eso sea evitado, un buen acompañamiento a la adolescente en el servicio es imprescindible, desde el control prenatal, y una cuidadosa historia debe ser llevada con relación al miedo en el parto, complicaciones y experiencias en partos anteriores. Durante el parto, debe haber una buena comunicación entre la adolescente y el equipo de salud, y el control del dolor debe ser abordado.

Se evidencia que, durante el parto, muchas adolescentes se sienten vulnerables por la situación de la hospitalización, no tienen un acompañamiento y atención con paciencia, no reciben las informaciones y el apoyo necesarios; por tanto, no se sienten respetadas como sujetos de derechos y no actúan como protagonistas del nacimiento de sus hijos. Estas situaciones pueden afectar la participación e interacción de la adolescente durante el parto y el posparto, además de contribuir para que la evolución del trabajo de parto se torne difícil<sup>(15)</sup>.

Asimismo, se debe tomar en cuenta que la misma adolescente tiene más potencial para colaborar y cuidarse, y que muchas dificultades se encuentran pautadas por las representaciones de los profesionales que todavía ven a la adolescencia como un momento de extrema inexperiencia, inmadurez y alineación, no siendo capaces de decidir lo que sería mejor para ellas.

De esta forma, la atención al parto de las adolescentes necesita que los servicios y las instituciones de salud, inclusive las instituciones formadoras, resignifiquen el papel de los profesionales de la salud en la atención al parto y nacimiento, y la forma de organización de las prácticas obstétricas en las maternidades, garantizando una asistencia humanizada, orientada por los derechos de los usuarios y basada en evidencias. En este estudio el enfermero tiene un papel esencial en el cambio de las prácticas de atención al parto y un importante papel articulador en la operacionalización de la Política de Humanización del Parto y Nacimiento, priorizando la promoción del parto y nacimiento saludables, respetando el proceso fisiológico, la dinámica de cada nacimiento y desarrollando en la adolescente el papel de protagonista durante el parto<sup>(16)</sup>.

Acerca del trauma obstétrico, en el 97% estuvo ausente y el 3% lo presentó. Estudios sobre el parto traumático demostraron que las mujeres que presentan síntomas disociativos o emociones negativas en el parto, que tuvieron eventos traumáticos previos, depresión en la gestación y que tuvieron poco apoyo social y del equipo de salud, son más susceptibles para presentar Trastorno de Estrés Postraumático/TEPT posparto<sup>(17)</sup>. En este sentido, incluso teniendo en cuenta que la mayoría de las adolescentes de este estudio no mostraron ningún trauma obstétrico, el 3% tenía traumas que pueden constituir también lesiones al producto. La mayoría de las lesiones son leves y autolimitadas, que requieren sólo de observación, pero algunas son inicialmente subclínicas y pueden progresar rápidamente.

El riesgo obstétrico en el comienzo del trabajo de parto fue bajo en su mayoría. Sin embargo el 45% se establece entre medio y alto. De los indicadores de Nacimiento de la variable, se encuentra que el 74% de ellos fueron los niños nacidos por parto vaginal y el 26% por cesárea, los cuales el 21% fueron de urgencia. Con respecto al tipo de parto entre las adolescentes, el porcentaje de operación cesárea encontrado fue menor en comparación con el parto normal, en concordancia con lo observado en otros estudios, ya que la distocia del trabajo también tiende a ocurrir con más frecuencia entre las mujeres embarazadas con edad avanzada, y es en parte responsable de un mayor número de partos por cesárea<sup>(11-12,18)</sup>.

Con respecto a la edad gestacional, los resultados mostraron que el 87% fueron entre las 37-41 semanas y sólo el 6% en las semanas 33-36, y no confirmó lo que otros estudios apuntan en cuanto es más alta la probabilidad de nacimientos prematuros entre las adolescentes. La mayor incidencia de parto prematuro entre las adolescentes se ha señalado en diversos estudios nacionales e internacionales, teniendo en cuenta la falta de madurez física del embarazo adolescente, las complicaciones en el embarazo, cuidados prenatales inadecuados y el parto, el número de consultas prenatales, el tipo de embarazo y el parto por cesárea<sup>(11-12,19-20)</sup>.

En cuanto a los recién nacidos de madres adolescentes, otro dato ampliamente mencionado, además de la prematuridad, es el bajo peso al nacer. Sin embargo, los resultados de este estudio difieren de otras investigaciones, ya que los porcentajes que muestran el peso al nacer mostraron que el 82 % obtuvo 2500-3499 gramos, 10 % de 2000 a 2499 gramos, 6 % de 3500 a 3999 y 2000 gramos menos de 2 %. Este hallazgo confirma los datos de un estudio que tuvo como objetivo examinar los aspectos del embarazo y del parto en mujeres adolescentes y adultas, para comparar los efectos sobre el recién nacido, llegando a la conclusión



que la probabilidad de que un bebé tuviera bajo peso fue de 24 % cuando la madre pertenecía a la categoría de edad de 10-14 años y de 10% cuando la madre fue de entre 15 y 19 años, en comparación con las madres de entre 20 a 34 años. Por lo tanto, las madres adolescentes tienen más posibilidades de que el recién nacido sufra bajo peso en comparación con las madres de más edad<sup>(21)</sup>.

Destacamos también que la edad materna por sí sola no está asociada con el bajo peso al nacer y que la adolescencia puede convertirse en un factor de riesgo de bajo peso al nacer entre las madres sin pareja, fumadoras, consumidoras de drogas y con trastornos alimenticios<sup>(21-22)</sup>.

Con relación a la presión arterial (T/A) de la población de estudio, el 93 % se mantuvo entre 100 a 139 T/A sistólica, el 93 % se mantuvo entre 60 a 80 T/A diastólica, mientras que 6% registraron cifras de 140 a 160 T/sistólica, 7% de 91 a 109 T/diastólica. Estos datos ponen de relieve la importancia del control de la presión arterial y el mantenimiento en niveles adecuados, porque la evidencia muestra que la preeclampsia se reporta como más frecuente en los extremos de la vida reproductiva y que hay una asociación significativa entre las adolescentes embarazadas<sup>(23)</sup>.

Teniendo en cuenta la puntuación de Apgar como un factor de riesgo importante de morbilidad y mortalidad neonatal, se encontró que el 8% fue valorado con una calificación 7-10, pero el resto no se informó, lo que impide una discusión más a fondo de este hallazgo. Sin embargo, cabe señalar que los índices bajos entre las adolescentes no siempre están asociados. Un estudio reciente encontró que los niños que habían nacido con puntuación de Apgar menores de siete representaron el 3.1% de los recién nacidos, siendo el 4.1% entre las adolescentes, el 2,6% entre las adultas y 5,7% entre adultas de edad avanzada, es decir, por encima o igual a 35 años<sup>(11)</sup>.

Otro estudio mostró que la hipoxia a los cinco minutos de vida se asoció con el número de consultas prenatales y no tuvo asociación estadísticamente significativa entre la edad de las madres de 10 a 14 y de 15 a 19 con la hipoxia a los cinco minutos de vida<sup>(20)</sup>.

Además considerando que en México el drama de las niñas madres, menores de 18 años que dan a luz un niño, tiene una tendencia creciente, según datos de la UNFPA<sup>(1)</sup>, sus consecuencias para la salud son trascendentes porque cada año mueren 70000 jóvenes en países en desarrollo por causas relacionadas con la maternidad temprana<sup>(1)</sup>. Sobre todo entre las adolescentes, la maternidad temprana implica un alto grado de riesgo, especialmente las procedentes de las clases más pobres, con falta de una pareja estable y con nivel inferior de la educación escolar, que están asociados con un mayor

riesgo de complicaciones maternas que progresan desfavorablemente a cerca de muerte materna<sup>(4,7)</sup>. Con el fin de reducir los riesgos y, por tanto, las situaciones de vulnerabilidad, debemos ampliar los atributos de la Atención Primaria de la Salud, acceso de primer contacto, integralidad, longitudinalidad, coordinación, orientación familiar y comunitaria, y competencia cultural, y así ofrecer una atención integral<sup>(21,24)</sup>.

## Conclusión

Se identificó que la mayoría de las adolescentes en las diferentes etapas del estudio presentaron bajo riesgo y parámetros dentro de la normalidad. El seguimiento del proceso reproductivo de las adolescentes embarazadas evidenció también las repercusiones de la calidad del cuidado prenatal, evaluó las limitantes en su autocuidado por el déficit de preocuparse en sí mismas y en su hijo, que no se valoran los riesgos y los cuidados que requiere al estar en el matroambiente. El estudio brindó la oportunidad de identificar las estrategias para el abordaje de riesgos por la vulnerabilidad propia en este tipo de población, donde los cuidados son para el binomio con igual riesgo, y para la identificación de prioridades en salud. Una limitación de la presente investigación fue la cobertura de los registros, principalmente por falta de comunicación entre el encuestador y las pacientes a la hora de dar a luz, en efecto, aunque los datos obtenidos fueron representativos para el contexto estudiado. A pesar de estas limitaciones, se puede concluir que el estudio favorece el reconocimiento de los factores de riesgo en las etapas de parto, posparto y puerperio; puede permitir a las enfermeras obstetras resignificar su participación en la detección oportuna de factores de riesgo en las adolescentes y realizar intervenciones no solamente en lo biológico, sino en los aspectos psicosociales: disminuir el miedo, el estrés, la ansiedad, modificar rutinas hospitalarias para favorecer la participación de la familia y empoderarlas por medio del acompañamiento, despejando dudas y favoreciendo el ejercicio de sus derechos. Los resultados presentados permiten configurar un marco general que se debe tomar en cuenta en futuras investigaciones sobre perfil obstétrico de adolescentes embarazadas, en las que se pueden y deben incorporar otras vertientes analíticas y disciplinarias.

## Agradecimientos

Al Hospital Público de la Ciudad de México por facilitar las instalaciones para llevar a cabo este estudio. A las Enfermeras del Servicio de Control Prenatal del Hospital Público de la Ciudad de México por cooperar con el equipo de investigación.

## Referencias

1. United Nations Population Fund. The State of World Population 2004: The Cairo Consensus at Ten: Population, Reproductive Health and the Global Effort to End Poverty. , p. 76. New York: UNFPA; 2004. [acesso 20 fev 2010]. p. 76. Disponível em: [http://www.unfpa.org/swp/2004/pdf/en\\_swp04.pdf](http://www.unfpa.org/swp/2004/pdf/en_swp04.pdf)
2. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (MX). Censo General de Población y Vivienda 2010: Tabulados del Cuestionario Básico. México; 2011.
3. Secretaria de Salud (MX). Subsecretaria de Prevención y Programación Dirección General de Epidemiología. Perfil epidemiológico de la población adolescente. México; 2011.
4. Oliveira Jr FC, Surita FG, Pinto e Silva JL, Cecatti JG, Parpinelli MA, Haddad SM, et al. Severe maternal morbidity and maternal near miss in the extremes of reproductive age: results from a national cross-sectional multicenter study. *BMC Pregnancy Childbirth*. [Internet]. 2014 [acesso 26 jun. 2014];14:77. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3975952/?tool=pubmed>
5. Ximenes-Neto FRG, Marques MS, Rocha J. Problemas vividos por las adolescentes durante la gestación. *Enferm Global*. [Internet]. 2008. [acesso 6 mar 2010];(12):1-11. Disponível em: <http://bit.ly/wd8L4P>
6. Tapia H, Jiménez A, Pérez I. Perfil Obstétrico de Adolescentes Embarazadas atendidas en un Hospital Público de la Ciudad de México. *Enferm Univ*. 2012;9(3):7-14.
7. Lenkiewicz NE. El embarazo en adolescentes: un tema con variaciones polémicas. *Género y Salud en Cifras*. [Internet]. 2008 [acesso 6 mar 2013];6(1):7-11. Disponível em: <http://www.facmed.unam.mx/deptos/salud/genero/boletines/boletin%20V6-1.pdf>
8. Valdés-Dacal S, Essien J, Bardales-Mitac J, Saavedra-Moreno D, Bardales-Mitac E. Embarazo en la Adolescencia Incidencia, Riesgos y Complicaciones. *Rev Cubana Obstet Ginecol*. 2002;28(2):84-8.
9. Vargas GC. Sistema de Evaluación de Riesgo Reproductivo y Perinatal (SRRP). Asociación Hispano Mexicana. Centro de Investigación Materno Infantil del Grupo de Estudios al Nacimiento (CIMI Gen); 2003.
10. Secretaría de Salud (MX). Subsecretaría de innovación y calidad. Comisión Interinstitucional de Enfermería. Código de ética para las enfermeras y enfermeros de México [Internet]. Ciudad de México: Secretaría de Salud-IMSS-ISSSTE, 2001. [acesso 6 mar 2013]. Disponível em: <http://bit.ly/RKTtTF>
11. Santos GHN, Martins MG, Sousa MS, Batalha SJC. Impacto da idade materna sobre os resultados perinatais e via de parto. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2009;31(7):326-34.
12. Cesar JA, Mendoza-Sassi RA, Gonzalez-Chia DA, Mano OS, Goulart-Filha SM. Características sociodemográficas e de assistência à gestação e ao parto no extremo sul do Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2011;27(5):985-94.
13. Størksen HT, Garthus-Niegel S, Vangen S, Eberhard-Gran M. The impact of previous birth experiences on maternal fear of childbirth. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2013;92(3):318-24.
14. Gausia K, Ryder D, Ali M, Fisher C, Moran A, Koblinsky M. Obstetric complications and psychological well-being: experiences of Bangladeshi women during pregnancy and childbirth. *J Health Popul Nutr*. 2012;30(2):172-80.
15. Enderle CF, Kerber NPC, Susin LRO, Gonçalves BG. Delivery in adolescents: qualitative factors of care. *Rev Esc Enferm USP*. 2012;46(2):287-94.
16. Silva RC, Soares MC, Jardim VMR, Kerber NPC, Meincke SMK. O discurso e a prática do parto humanizado de adolescentes. *Texto Contexto Enferm*. 2013;22(3):629-36.
17. Zambaldi CF, Cantilino A, Sougey EB. Parto traumático e transtorno de estresse pós-traumático: revisão da literatura. *J Bras Psiquiatr*. 2009;58(4):252-7.
18. Metello J, Torgal M, Viana R, Martins L, Maia M, Casal E, et al. Desfecho da gravidez nas jovens adolescentes. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2008;30(12):620-5.
19. Bildircin FD, Kurtoglu E, Kokcu A, Isik Y, Ozkarci M, Kuruoglu S. Comparison of perinatal outcome between adolescent and adult pregnancies. *J Matern Fetal Neonatal Med*. 2013;27(8):829-32.
20. Zaganelli FL, Ferreira FA, Lamounier JA, Colosimo EA, Santos ASM, Zaganelli FL. Gravidez da adolescente em hospital universitário no Espírito Santo, Brasil: aspectos da gestação, parto e repercussões sobre o recém-nascido. *Adolesc Saude*. 2013;10(1):7-16.
21. Guimarães AMDN, Bettiol H, Souza L, Gurgel RQ, Almeida MLD, Ribeiro ERRO, et al. Is adolescent pregnancy a risk factor for low birth weight? *Rev Saúde Pública*. 2013;47(1):11-9
22. Almir de Castro Neves Filho; Álvaro Jorge M. Leite; Zenilda Vieira Bruno; José Gomes B. Filho; Cristiana Ferreira da Silva. Gravidez na adolescência e baixo peso ao nascer: existe associação? *Rev Paul Pediatr* 2011;29(4):489-94.
23. Chen XK, Wen SW, Fleming N, Demissie K, Rhoads GG, Walker M. Teenage pregnancy and adverse birth outcomes: a large population based retrospective cohort study. *Int J Epidemiol*. 2007;36(2):368-73.
24. Barbaro MC, Lettiere A, Nakano AMS. Prenatal Care for Adolescents and attributes of Primary Health Care. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2014;22(1):108-14.

Recibido: 22.7.2014

Aceptado: 22.3.2015