

El embarazo en la adolescente

G. Perkal Rug. Adjunto del Servicio de Pediatría. Consulta de Adolescentes Hospital Santa Caterina. I.A.S. Girona.

Resumen

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define como adolescencia el período de la vida en que el individuo adquiere la capacidad reproductiva, transita los patrones psicológicos de la infancia a la vida adulta, y consolida la independencia socioeconómica, fijando sus límites entre los 10 y 20 años. En general, esta etapa se considera libre de problemas de salud, pero desde el punto de vista de la salud reproductiva, la adolescente es, en muchos aspectos, un caso especial. El conocer y considerar los cambios físicos y del desarrollo psicosocial de este período, permite comprender los riesgos a los que está expuesta la adolescente embarazada, y brinda la oportunidad de poner en marcha programas para promover conductas saludables.

El protocolo de actuación ante una adolescente embarazada debe incluir a la adolescente y a su entorno (familia, pareja, instituto), así como, a un equipo de profesionales multidisciplinar que pueda dar una asistencia integral a la salud de esta adolescente.

Palabras clave: *Embarazo adolescente; Contextualización; Acciones preventivas; Atención integral.*

Abstract

The World Health Organization (WHO) defines adolescence as the "period of life in which the individual acquires reproductive capacity, transitions from childhood to adulthood psychological patterns, and consolidates his/her socioeconomic independence". It sets its age boundaries between 10 and 20 years. In general, this phase is considered disease-free, but from the reproductive health point of view adolescence is, in many aspects, a special case. Knowing and considering the physical and psychosocial changes that take place throughout this period, can aid in understanding the risks to which pregnant teenagers are exposed, providing the opportunity to implement programs that promote healthy behaviors. The management of a pregnant teenager should include the adolescent and her environment (family, friends, school) delivered by a multidisciplinary team of professionals who can provide comprehensive assistance to her health.

Keywords: *Teen Pregnancy; Contextualization; Preventive actions; Comprehensive care.*

Definición

El *embarazo adolescente* es el que se produce entre los *10-19 años*, independientemente de la edad ginecológica.

- ❖ El 60% ocurren dentro de los primeros 6 meses de inicio de las relaciones sexuales.
- ❖ El 73-93% de las adolescentes embarazadas son *primigestas*.
- ❖ El 60% de las primigestas adolescentes *vuelven a embarazarse* dentro de los 2 años siguientes.

El embarazo adolescente es el que se produce entre los 10-19 años, independientemente de la edad ginecológica.

Incidencia

Sobre el total de embarazos: U.S.A. (12,8%) América Latina (25 %) África (45 %). En España: Tasa de embarazos adolescentes 2010 es: 2,2/1000 a los 15 años; 20,7/1000 a los 19 años. El 60-90% son no deseados (Tabla 1 y 2).

En España: Tasa de embarazos adolescentes 2010 es: 2,2/1000 a los 15 años; 20,7/1000 a los 19 años.

Actuación ante una adolescente embarazada (Fig.1) Contextualizar el embarazo

➤ **Adolescente que no quiere continuar el embarazo**

*¿Con quién consulta?. ¿Cómo se enfoca la confidencialidad?.
¿Cómo podemos ayudarla?*

El *pediatra y/o el médico de familia* tendrían que ser los interlocutores de la adolescente coordinando, por un lado, la intervención de los servicios sociales, el papel de la escuela y el apoyo psicológico, y por otro, la derivación al ginecólogo y la comadrona. En este contexto. *si es posible*, también habría que incluir la orientación a los padres.(Fig. 2).

Legislación

Como profesionales debemos conocer la legislación vigente en relación a la interrupción voluntaria del embarazo (IVE) en adolescentes y poder así ayudarlas a tomar decisiones al amparo de un marco legal y ético que las protejan.

La **Ley 41/2002** reguladora de la autonomía del paciente ha rebajado hasta **16 años** la **mayoría de edad para las actuaciones sanitarias**. Las excepciones a este régimen serían las actuaciones de gran trascendencia o que comportan grave riesgo, en las cuales, la opinión de los padres será escuchada.

Por otro lado, **a partir de los 12 años**, el menor será oído en la toma de decisiones, aunque la decisión misma, el consentimiento, sea prestado por **“representación”** por sus padres o representantes legales. Entre los 12 y 16 años, la Ley permite que el propio menor otorgue el consentimiento por sí mismo cuando éste sea “capaz intelectual y emocionalmente de comprender el alcance de la intervención”.

La Ley 41/2002 reguladora de la autonomía del paciente ha rebajado hasta 16 años la mayoría de edad para las actuaciones sanitarias.

Título II de la Ley 2/2010

Artículo 13. En el punto **cuarto** de los requisitos expresa:

En el caso de las mujeres de 16 y 17 años, el consentimiento para la interrupción voluntaria del embarazo les corresponde exclusivamente a ellas de acuerdo con el régimen general aplicable a las mujeres mayores de edad.

Al menos uno de los representantes legales, padre o madre, personas con patria potestad o tutores de las mujeres comprendidas en esas edades deberá ser informado de la decisión de la mujer.

Se prescindirá de esta información cuando la menor alegue fundadamente que esto le provocará un conflicto grave, manifestado en el peligro cierto de violencia intrafamiliar, amenazas, coacciones, malos tratos, o se produzca una situación de desarraigo o desamparo.

Artículo 14. Interrupción del embarazo a petición de la mujer.

Podrá interrumpirse el embarazo dentro de las primeras catorce semanas de gestación a petición de la embarazada, siempre que concurren los requisitos siguientes:

- a) Que se haya informado a la mujer embarazada sobre los derechos, prestaciones y ayudas públicas de apoyo a la maternidad, en los términos que se establecen en los apartados 2 y 4 del artículo 17 de esta Ley.
- b) Que haya transcurrido un plazo de al menos tres días, desde la información mencionada en el párrafo anterior y la realización de la intervención.

Artículo 15. El plazo de posibilidad de interrupción voluntaria del embarazo aumenta hasta la semana 22 en casos de «graves riesgos para la vida o la salud de la madre o el feto». A partir de la vigésima segunda semana, solo podrá interrumpirse el embarazo en dos supuestos: que «se detecten anomalías en el feto incompatibles con la vida» o que «se detecte en el feto una enfermedad extremadamente grave e incurable en el momento del diagnóstico y así lo confirme un comité clínico.

La interrupción médica del embarazo se puede realizar hasta los 63 días (9 semanas) de amenorrea.

Interrupción médica del embarazo

Se puede realizar hasta los **63 días (9 semanas)** de amenorrea. Los fármacos habitualmente utilizados son:

- **Mifepristona (RU- 486):** antiprogéstágeno y antigluocorticoide. Antagonista del receptor de la Progesterona. Dosis: 600 mg en dosis única. A las 36-48hs + **Análogo de la prostaglandina: -Misoprostol**, 4 µg o **-Gemeprost**, 1 mg vaginal. Control ginecológico con ecografía a las 48hs.

El embarazo en la adolescente es una crisis que se superpone a la crisis de la adolescencia. Comprende profundos cambios somáticos y psicosociales con incremento de la emotividad y acentuación de conflictos no resueltos anteriormente.

➤ **ADOLESCENTE QUE DECIDE CONTINUAR EL EMBARAZO**

a) Desarrollo COGNITIVO Y PSICOEMOCIONAL

«El embarazo en la adolescente es una crisis que se superpone a la crisis de la adolescencia. Comprende profundos cambios somáticos y psicosociales con incremento de la emotividad y acentuación de conflictos no resueltos anteriormente.»

Etapas de la adolescencia: Temprana (10-14 años) media (15-17 años) tardía (18-20 años)

Una adolescente embarazada se comportará como corresponde al momento de la vida que está transitando. El embarazo no la hace madurar a etapas posteriores.

Es importante preguntar:

- ¿En qué tipo de relación ocurre este embarazo?
- ¿Qué métodos anticonceptivos utilizaba y con qué regularidad?
- ¿Qué tipo de información utiliza para tomar las decisiones relacionadas con su embarazo?
- ¿Cómo piensa que cambiará su vida después del nacimiento de su hijo/a ?
- ¿Vive este embarazo como un triunfo o como un fallo?
- ¿Cómo afectan los cambios físicos y el aumento de peso a su imagen corporal?
- ¿Qué planes futuros tiene en relación a sus estudios?
- ¿Con quién vive y con quién vivirá después del nacimiento de su hijo/a?
- ¿Cómo obtendrá ayuda económica?

Una adolescente embarazada se comportará como corresponde al momento de la vida que está transitando. El embarazo no la hace madurar a etapas posteriores.

b) Desarrollo BIOLÓGICO:

La maduración física comienza y acaba antes que la maduración cognitiva y psicosocial.

Talla:

- Durante la adolescencia se alcanza entre el 15-25% de la talla final del adulto.
- El estirón puberal en las niñas se inicia entre los 9,5 -14,5 años; dura 2-3 años y finaliza a los 16 años. Pueden crecer entre 20-25 cm.
- Un 50 % de las adolescentes continúan el crecimiento después de los 16 años.

Peso:

- Durante la adolescencia se gana el 25-50% del peso final del adulto.
- En las niñas el pico de ganancia de peso ocurre 6 meses después del brote de crecimiento (12,5 años) y pueden ganar aproximadamente 8,300 Kg/año.
- El aumento de peso continua luego más lentamente durante la adolescencia media y tardía en las que se pueden alcanzar 6,300 Kg más.

Composición corporal:

- *Disminuye la masa magra del 80% al 74%.*
- *Aumenta la masa grasa del 15,7% al 26,7%, ganando aproximadamente 1,140 Kg de masa grasa/año. El pico se alcanza entre los 15-16 años.*

Masa ósea:

- El 90% se alcanza a los 18 años.
- Un tercio del total se acumula en los 3-4 años posteriores al inicio de la pubertad.

La maduración física comienza y acaba antes que la maduración cognitiva y psicosocial.

Adolescente embarazada en crecimiento

El crecimiento materno continúa durante el embarazo en el 50% de las adolescentes y puede tener efectos negativos sobre el crecimiento fetal si no se asocia a una ganancia ponderal aceptable.

La ganancia ponderal durante el embarazo influye en el crecimiento fetal, en el peso de nacimiento y en la duración de la gestación.

- Los requerimientos de energía y nutrientes de la adolescente compiten directamente con los del feto.
- El crecimiento materno continúa durante el embarazo en el 50% de las adolescentes y puede tener efectos negativos sobre el crecimiento fetal si no se asocia a una ganancia ponderal aceptable.
- Las adolescentes con una edad ginecológica < 2 años y/o edad < 16 años continúan su crecimiento lineal, la ganancia ponderal y los cambios en la composición corporal. Requieren una adecuada ganancia ponderal y aporte de nutrientes: proteínas, hierro, calcio, vitamina D, vit. B6 y cinc.
- Aumentan la grasa corporal especialmente en el 3º trimestre (período de máximo crecimiento fetal). Tienen neonatos con < peso de nacimiento (130 g menos) y ganan más peso durante el embarazo (> 2,5 Kg).
- El flujo placentario disminuye en el último trimestre.
- La masa grasa central aumenta en el postparto y suelen quedar con sobrepeso residual.
- La ganancia ponderal durante el embarazo influye en el crecimiento fetal, en el peso de nacimiento y en la duración de la gestación.
 - < 4,3 Kg a las 24 sem. duplica el riesgo de BPEG. < 0,4 Kg /sem. después de las 24 semanas, aumenta el riesgo de prematuridad.
- El Peso o el IMC previos al embarazo modifican la relación entre la ganancia ponderal y el peso de nacimiento. (Tabla 3)

Acciones preventivas

En los diferentes ámbitos:

- 1) **Psicosocial:** conocer los *factores predisponentes* y *determinantes* del embarazo en adolescentes.

Factores predisponentes	Factores determinantes
Menarquia temprana	Relaciones sin protección
Inicio precoz de las relaciones sexuales	Abuso sexual
Familia disfuncional	Violación
Mayor tolerancia del medio a la maternidad adolescente	
Bajo nivel educativo	
Migraciones recientes	
Pensamientos mágicos	
Fantasías de esterilidad	
Falta o distorsión de la información	
Controversias entre su sistema de valores y el de sus padres	
Factores socioculturales	

2) **Somático:** reconocer los **factores de riesgo obstétrico y perinatal.**

ALTO RIESGO:

- Edad ginecológica < 2 años y/o cronológica < 16 años.
- Estatura < 1,50 m.
- Bajo peso o sobrepeso previo al embarazo.
- Escasa / excesiva ganancia ponderal durante el embarazo.
- Náuseas o vómitos persistentes.
- Anemia sideropénica u otras deficiencias nutricionales.
- Infecciones recurrentes.
- Enfermedad crónica.
- Tabaquismo y/o consumo de alcohol y otras sustancias.
- Embarazo previo.
- Intervalo intergestacional corto.
- Antecedente de RCIU.
- Antecedente de trastorno de la conducta alimentaria.
- Embarazo no deseado.
- Antecedente de abuso sexual.
- Pareja inestable o ausente.
- Bajo nivel socioeconómico.

En la atención integral a la adolescente embarazada, además de todo lo expuesto, debemos tener en cuenta el enfoque biopsicosocial y, para ello, es esencial trabajar con un equipo multidisciplinario.

Salud integral de la adolescente

En la atención integral a la adolescente embarazada, además de todo lo expuesto, debemos tener en cuenta el **enfoque biopsicosocial** y, para ello, es esencial trabajar con un **equipo multidisciplinario**.

ATENCIÓN INTEGRAL DE LA ADOLESCENTE

ENFOQUE DE RIESGO:

a) Factores protectores:

- Familia continente
- Comunicación fluida con un adulto referente
- Rendimiento escolar satisfactorio
- Grupo de pares con conductas adecuadas

b) Factores de riesgo:

- Psicosociales
- Biológicos

Los Objetivos del equipo de salud son: ayudar a la adolescente a aceptar su embarazo, fortalecer los vínculos familiares, supervisar los hábitos alimentarios y valorar la necesidad de suplementos nutricionales — Brindar atención perinatal integral.

LA CONSULTA CON ADOLESCENTES:

1) *Características que la diferencian de la mujer adulta:*

- Poca conciencia de salud
- Falta de elaboración de la identidad de género
- Pensamiento mágico
- Temor a los procedimientos invasivos
- Falta de información

2) *Dificultad para el vínculo con el hijo:*

- Dificultad para discriminarse del bebé
- Prioriza sus necesidades a las del niño
- Tolera poco las frustraciones

3) *Perfil del médico para atender adolescentes:*

- Tener idoneidad: no sólo en perinatología sino también en características biopsicosociales particulares de la adolescencia.
- Saber escuchar
- Saber respetar
- Ser capaz de registrar

4) *Contexto de la maternidad adolescente*

5) *Objetivos del equipo de salud:*

- Ayudarla a aceptar su embarazo.
- Fortalecer los vínculos familiares.
- Supervisar los hábitos alimentarios y valorar la necesidad de suplementos nutricionales.
- Brindar atención perinatal integral.

6) *Estrategias del equipo de salud:*

- **Equipo interdisciplinario:** ginecólogo, comadrona, pediatra o médico de familia, psicólogo, trabajador social.
- Atención al padre y familiares cercanos.
- Seguimiento postparto.

Tablas y Figuras

Tabla 1.
Tasa de fertilidad adolescente
Adolescent fertility rate
(births per 1,000 women ages 15-19)

Country or Area	Year	Value
Spain	2012	10.6
United Kingdom	2012	25.8
United States	2012	31.0

Source: World Development indicators/ The World Bank

Tabla 2.
I.V.E. Tasas por 1.000 mujeres de cada grupo
de edad 2001-2013 (Total nacional)

Año de intervención	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Total	7,66	8,46	8,77	8,94	9,60	10,62	11,49	11,78	11,41	11,49	12,44	12,01	11,74
19 y menos años	8,29	9,28	9,90	10,57	11,48	12,53	13,79	13,48	12,74	12,71	13,67	12,95	12,23

IVE: Interrupción voluntaria del embarazo

Tabla 3.
Recomendaciones de ganancia ponderal
para adolescentes embarazadas

IMC Pregestacional	Total (Kg)	1º Trimestre (Kg)	2º y 3º Trimestre (Kg /sem.)
Bajo Peso	12,7 - 18	4,2	0,45
Peso Normal	11,3 - 15,8	1,3	0,45
Sobrepeso	6,8 - 11,3	0,9	0,3
Obesidad	>6,8	0,7	0,23

Figura 1.
Contextualizar el embarazo



Figura 2.
Rol del pediatra y/o el médico de familia



Bibliografía

1. Andrés Domingo P. El embarazo adolescente. Riesgos biológicos. A: Hidalgo Vicario MI, Redondo Romero AM, Castellano Barca G, ed. *Medicina de la Adolescencia. Atención Integral*. Madrid: Ergón, 2012; 249-259.
2. Rodríguez Molinero L, Vaquerizo Pollino MJ. Maternidad en la adolescencia. Factores de riesgo. A: Hidalgo Vicario MI, Redondo Romero AM, Castellano Barca G, ed. *Medicina de la Adolescencia. Atención Integral*. Madrid: Ergón, 2012; 261-265.
3. Steving R, Stevens AB. Adolescent psychosocial development: implications for pregnancy and prenatal care. *Adolescent's Pregnancy Guide. August 2012. Regents of the University of Minnesota*. p23-29. Edited by Mary Story, Ph.D., R.D and Jamie Stang, Ph.D., M.P.H.R.D.
4. Stang J. Adolescent physical growth and development: implications for pregnancy. *Adolescent's Pregnancy Guide. August 2012. Regents of the University of Minnesota*. p 31-36. Edited by Mary Story, Ph.D., R.D and Jamie Stang, Ph.D., M.P.H.R.D.
5. Story M, Stang J. Nutrition assesment of pregnant adolescents. *Adolescent's Pregnancy Guide. August 2012. Regents of the University of Minnesota*. p63-76. Edited by Mary Story, Ph.D., R.D and Jamie Stang, Ph.D., M.P.H.R.D.
6. Alton I. Weight gain: issues and management. *Adolescent's Pregnancy Guide. August 2012. Regents of the University of Minnesota*. p 81-83. Edited by Mary Story, Ph.D., R.D and Jamie Stang, Ph.D., M.P.H.R.D.
7. Alton I. Nutrition-related special concerns of adolescent pregnancy. *Adolescent's Pregnancy Guide. August 2012. Regents of the University of Minnesota*. p 89-93. Edited by Mary Story, Ph.D., R.D and Jamie Stang, Ph.D., M.P.H.R.D.
8. Alton I. Exercise in pregnancy. *Adolescent's Pregnancy Guide. August 2012. Regents of the University of Minnesota*. p 119-122. Edited by Mary Story, Ph.D., R.D and Jamie Stang, Ph.D., M.P.H.R.D.
9. Issler J. Embarazo en la Adolescencia. *Revista de Postgrado de la Cátedra VIa Medicina. N°107. Buenos Aires-Agosto/2001*.p 11-23. Ed: Secretaria de postgrado de la Cátedra VI de Medicina. Corrientes. Argentina.
10. Adolescent fertility rate (births per 1,000 women ages 15-19). *World Development Indicators/The World Bank*. 2.012-2.014
11. *Datos estadísticos sobre interrupción voluntaria del embarazo. 2013. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad*.
12. *Datos estadísticos sobre embarazo en adolescentes. 2010. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad*.