

Embarazo y maternidad en adolescentes

J. Martínez-Guisasola Campa, M. Guerrero Ibáñez

Servicio de Obstetricia y Ginecología. Hospital Universitario de Burgos. OBS Ginecólogos. Burgos



Resumen

La gestación en las adolescentes puede considerarse de riesgo por asociar una mayor morbilidad perinatal y materna, y debe seguir un control multidisciplinario con un acompañamiento intenso de estas gestantes.

Frecuentemente, es: no deseado, prematuro, rechazado por la pareja y por su familia, lo que favorece su diagnóstico tardío con escasos controles prenatales y tiene un impacto negativo en el futuro bienestar de la madre y del niño, al asociar consecuencias familiares, sociales, educativas y económicas, además de ser la principal causa de mortalidad entre jóvenes de 15 a 19 años a nivel mundial.

En España, suponen el 2-2,2% del total de embarazos, con una tasa de fecundidad del 6,2‰, tasas muy inferiores a las existentes a nivel mundial y que son un indicador del nivel socioeconómico de los países.

El diagnóstico precoz y la derivación inmediata para control prenatal ayudan a reducir los riesgos perinatales, al establecerse un seguimiento similar, pero adaptado al del resto de las gestantes. Las principales complicaciones son: preeclampsia, parto prematuro y bajo peso al nacer. Su prevención implica, además de una adecuada educación promovida, tanto en la familia como a nivel escolar, proporcionar una correcta anticoncepción, basada en el “doble método” para además proteger contra las enfermedades de transmisión sexual (ETS).

Abstract

Pregnancy in adolescents can be considered risky because it is associated with greater perinatal and maternal morbidity and mortality and must follow a multidisciplinary control with intense monitoring of these pregnant women. It is often unwanted, premature, rejected by the couple and by their family, which favors its late diagnosis with few antenatal controls and has a negative impact on the future well-being of the mother and child by associating family, social, educational and economic consequences, in addition to being the main cause of mortality among young people between 15 and 19 years of age worldwide.

In Spain they account for 2-2.2% of all pregnancies with a fertility rate of 6.2‰; rates lower than those existing worldwide and which are an indicator of the socioeconomic level of countries.

Early diagnosis and immediate referral for antenatal care help reduce perinatal risks by establishing a similar, but adapted, follow-up to that of other pregnant women. The main complications are preeclampsia, premature birth and low birth weight.

Its prevention implies, in addition to an adequate education promoted both in the family and at the school level, providing correct contraception based on the “dual method” to also protect against sexually transmitted diseases (STDs).

Palabras clave: Embarazo; Maternidad; Adolescente.

Key words: Adolescent; Pregnancy; Maternity.

OBJETIVOS

- Conocer que el manejo de la gestante adolescente debe ser multidisciplinar, siendo el pediatra uno de los primeros profesionales en el eslabón de cuidados de la adolescente, responsable de realizar un diagnóstico precoz y una derivación inmediata de la gestante al especialista (ginecólogo y/o matrona).
- Comprender que el adecuado y frecuente control de la gestación asocia una importante reducción de problemas perinatales, tanto en la madre como en el feto.
- Participar en la elaboración de los modelos de prevención primaria, mediante programas educativos y de formación a este grupo de la población, sobre las consecuencias de un embarazo no deseado y de las enfermedades de transmisión sexual, y en estos programas deben implicarse, tanto los gobiernos, mediante los sanitarios, como la sociedad en su conjunto, a través de: la escuela, la familia, el personal sanitario y, por supuesto, la pareja.
- aconsejar que, en estas edades, por el riesgo de enfermedades de transmisión sexual, además del embarazo no deseado, las relaciones sexuales deben ser protegidas con el doble método, método que siempre incluye al preservativo, además de un procedimiento hormonal o de una anticoncepción reversible de acción prolongada (LARC).

Introducción

La gestación en las adolescentes debe ser considerada, en la mayoría de los casos, como una gestación de alto riesgo, por asociar una elevada morbilidad perinatal y materna, que exige un control multidisciplinario y un acompañamiento intenso de la gestante.

La adolescencia es una etapa de la vida de rápido crecimiento y desarrollo, en la que las jóvenes adquieren nuevas capacidades y se enfrentan a nuevos retos. Es una etapa de transición, caracterizada por una serie de cambios

físicos, psicológicos, sociales y emocionales, incluido el inicio de la actividad sexual, que la hacen muy vulnerable para conductas de riesgo que pueden acarrear importantes consecuencias de por vida, como son el propio embarazo deseado o no deseado y las enfermedades de transmisión sexual (ETS)⁽¹⁾.

El apoyo familiar y profesional durante la adolescencia implica potenciar las capacidades y aptitudes de las adolescentes, promoviendo en ellas una adecuada gestión de los hábitos de riesgo, incluido el deseo sexual y sus conductas, y facilitando la prevención de estas actitudes.

La OMS define la adolescencia como: “el periodo de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y los 19 años”⁽²⁾. El embarazo en la adolescencia (EA) es aquel que ocurre en mujeres menores de 20 años, tanto de forma deseada como no, pero frecuentemente no planificado^(3,4), suponiendo un impacto negativo para la joven en todos los aspectos vitales de esta etapa de la vida. El diagnóstico suele ser tardío y, frecuentemente, asociado a un rechazo de la pareja y de su familia. A diferencia del *embarazo no deseado*, el *EA deseado y planificado* es bien aceptado por la pareja y su familia, repercutiendo en menor medida sobre la vida habitual, cuyo principal inconveniente es la dificultad para incorporarse al mercado laboral finalizada una maternidad, que obligó a interrumpir los estudios.

La importancia del EA radica en que no solo puede aumentar el riesgo de un resultado perinatal adverso y una mayor mortalidad materna, sino que también puede asociarse a un potencial impacto negativo en el futuro bienestar de la madre y del niño⁽³⁾. Así, entre las madres adolescentes hay: más interrupción de los estudios, lo que condicionará una mayor dificultad para incorporarse posteriormente al mercado laboral; mayor limitación de recursos para ejercer la maternidad, lo que puede ocasionar mayor patología infantil; mayor aislamiento social; más pobreza; más depresión; y más estigma de ilegitimidad⁽¹⁾.

El EA se encuentra favorecido por factores sobreañadidos, como pueden ser: entorno familiar desestructurado, bajo nivel socioeconómico, malnutrición, hábitos tóxicos, rechazo familiar y/o social, etc. En muchas ocasiones, es fruto de una relación esporádica y/o inestable, que finaliza con la separación de la pareja, originando una maternidad en solitario y un hogar monoparental, con importantes dificultades de autonomía y conciliación entre vida laboral y familiar para estas madres, a la vez, que se prolonga la dependencia de sus propias familias y/o de los sistemas asistenciales para intentar garantizar su bienestar y el de sus hijos⁽⁵⁾.

Para la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia, SEGO⁽¹⁾, todo embarazo en una mujer menor de 16 años debe ser considerado de riesgo, ya que es principalmente a estas edades, cuando está descrita una mayor mor-

bimortalidad perinatal e infantil. En mayores de 15 años, por el simple hecho de desarrollarse durante la adolescencia, la gestación no debería ser considerada de riesgo, pero factores anteriormente comentados, así como una datación tardía y unos controles antenatales esporádicos, hacen que este también sea clasificado de alto riesgo. Todo ello, junto con la problemática individual propia de la edad de la gestante, hacen que tanto las matronas como los obstetras, intenten establecer un muy buen acompañamiento de esta mujer durante toda su gestación⁽¹⁾, por lo que la correcta asistencia del EA, además de ser multidisciplinar, exige conocer, comprender y asumir el concepto de salud integral de la adolescente, y contemplar los aspectos biológicos, psicológicos y sociales de estas jóvenes mujeres⁽⁴⁾.

Epidemiología

Las causas más relevantes de los EA son: las dificultades económicas, el bajo nivel de educación y de estudios, la falta de información, el patrón familiar, un limitado acceso a los métodos anticonceptivos y el contexto sociocultural.

En la mayor parte de los países europeos, la primera relación sexual se realiza a los 16 años y, en más de la mitad de las ocasiones, sin utilizar método contraceptivo, lo cual favorece la gestación; si bien, la incidencia anual está descendiendo en los países desarrollados, incluida España, gracias a

Tabla I. Indicadores de nacimientos de madres adolescentes en España (Instituto Nacional de Estadística)

	<i>Nacimientos en menores de 20 años</i>	<i>Nacimientos totales</i>	<i>% de nacimientos en adolescentes con total de nacimientos</i>	<i>Población de 15-19 años</i>	<i>Tasa de fecundidad de adolescentes</i>
1996	11.174	362.626	3,08	1.501.814	7,37
2000	11.386	397.632	2,86	1.249.614	9,02
2004	12.496	454.591	2,74	1.133.437	10,90
2008	15.133	519.779	2,91	1.116.716	13,39
2012	9.724	454.648	2,13	1.051.130	9,11
2015	8.305	420.290	1,97	1.060.191	7,74
2017	7.839	393.181	1,99	1.096.394	7,15
2020	7.228	341.315	2,12	1.159.207	6,24
2021	7.202	338.532	2,13	1.176.489	6,12

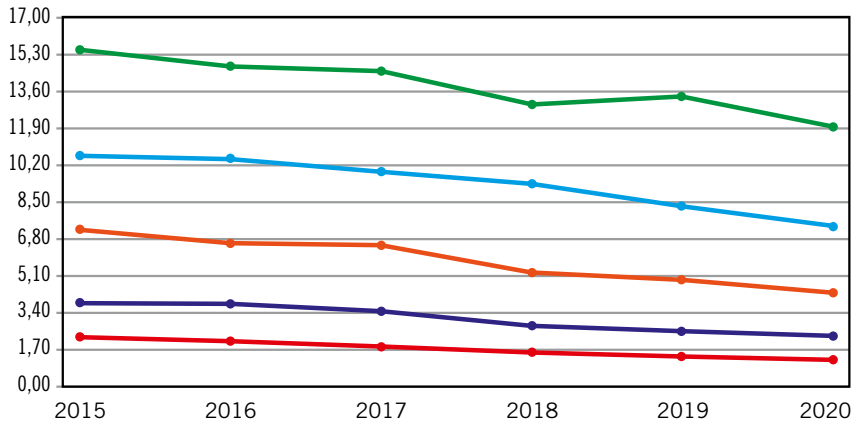


Figura 1. Descenso progresivo de la tasa de fecundidad por edad de la adolescente (Instituto Nacional de Estadística - 2015-2020).

medidas y programas educativos que se están desarrollando^(1,4,5).

La incidencia / prevalencia del EA es un indicador epidemiológico en el análisis y evaluación de las dificultades sociales y económicas de un país y, por ello, lo relacionan en gran parte con los problemas y dificultades socioeconómicas del país de origen⁽⁴⁾. A nivel mundial, entre 3 y 4 de cada 10 mujeres menores de 20 años se quedan embarazadas en, al menos, una ocasión, estimándose que cada año nacen 14-16 millones de niños procedentes de EA, lo que supone el 10-11% del total de nacimientos anuales^(4,5).

Estas gestaciones y partos, a nivel global, ocasionan el 23% de la morbi-mortalidad materna, siendo la principal causa de mortalidad entre niñas de 15 a 19 años; si bien, el 90% de estas gestaciones y de estas muertes suceden en los países subdesarrollados. Además, implican un alto riesgo de abortos con escasas garantías de seguridad, siendo el aborto el resultado final más frecuente a nivel mundial entre las adolescentes embarazadas, sobre todo, entre las más jóvenes⁽⁶⁾.

En España, la tasa de fecundidad en adolescentes baja de forma pronunciada desde los años ochenta, estabilizándose en la década de los noventa, registra un repunte a principios de este siglo, para luego volver a descender. El número de nacimientos de madres adolescentes crece entre 1996 (11.174) y 2008 (15.133), con un cambio de tendencia en los años siguientes, reduciéndose casi un 50% en 2017 (7.839) y, aún más, en el 2020 y 2021 (7.228 y 7.202). Esto significa que la ratio sobre el total de estos tipos de nacimientos ocurridos en

España, pasa de 3,08% a 1,99% entre 1996 y 2017, subiendo al 2,12 y 2,13 en 2020 y 2021 (Tabla I). Observamos poca variación de la frecuencia de nacimientos de madres adolescentes entre

1996 y 2017; esto quiere decir que, en 1996, de cada 1.000 adolescentes residentes en España, 7,37 mujeres menores de 20 años se embarazaban y daban a luz; mientras que, en 2017, estos acontecimientos se daban en 7,15 adolescentes por cada 1.000 residentes en el país⁽⁵⁾. La tendencia en estos últimos años, sin embargo, es manifiestamente decreciente, según indica el Instituto Nacional de Estadística (INE), en todas las edades de la adolescencia (Fig. 1); ahora bien, la tasa de fecundidad varía con la nacionalidad y lógicamente con la edad de la adolescente (Tabla II).

Siendo los 16 años, la edad media de inicio de las relaciones sexuales en España, según la encuesta de la Sociedad Española de Contracepción (SEC) en 2018 (encuesta nacional), la concentración de madres adolescentes varía según la Comunidad Autónoma, de

Tabla II. Tasas de fecundidad en edad adolescente por nacionalidad y total (Instituto Nacional de Estadística)

	Orden de nacimiento: primero					
	2020	2019	2018	2017	2016	2015
Total nacional						
15 y menos años						
Ambas nacionalidades	1,17	1,35	1,56	1,77	2,01	2,21
Española	1,00	1,09	1,30	1,40	1,69	1,78
Extranjera	2,86	4,27	4,56	6,21	5,75	6,68
16 años						
Ambas nacionalidades	2,21	2,40	2,62	3,28	3,54	3,58
Española	1,92	2,14	2,17	2,74	3,01	3,08
Extranjera	5,16	5,22	7,69	9,50	9,22	8,59
17 años						
Ambas nacionalidades	3,97	4,48	4,75	5,81	6,03	6,58
Española	3,42	3,81	3,90	4,92	4,87	5,48
Extranjera	9,60	11,55	13,92	15,34	17,93	17,36
18 años						
Ambas nacionalidades	6,54	7,20	8,01	8,60	8,97	9,33
Española	5,51	5,70	6,39	6,82	7,26	7,42
Extranjera	16,17	21,41	23,87	26,12	25,62	27,19
19 años						
Ambas nacionalidades	10,18	11,14	10,76	11,89	12,44	12,86
Española	7,95	8,19	8,10	8,96	9,76	10,12
Extranjera	28,13	34,97	33,56	38,04	36,58	36,41

tal forma que las regiones con mayores índices de estudios superiores, de renta per cápita y de participación femenina en el mercado de trabajo entre su población, tienen una tasa de fecundidad adolescente hasta un 40% menor respecto a las menos dinámicas en términos socioeconómicos⁽⁵⁾.

Estas cifras son similares a las observadas en Canadá, pero considerablemente inferiores a las de Norteamérica en la que, en 2008, los EA representaron el 7% del total⁽⁷⁾. En EE.UU., el EA llegó a representar a principios de este siglo, el 13% del total de gestaciones en mujeres norteamericanas, siendo la tasa de nacimientos entre 15 y 19 años, en el 2015, del 22,3‰ adolescentes, del 24,2‰ en 2014, y un 9% superior en 2013, cifras que explican el descenso progresivo de las EA en los últimos 15-18 años. Aun así, EE.UU. continúa siendo el país desarrollado con mayor tasa de EA, aunque existen importantes diferencias en función de la raza, de la etnia, del nivel socioeconómico y del estatus educacional⁽⁷⁻⁹⁾.

Entre el 60 y el 90% de los EA son "no deseados o no planificados"^(5,10), siendo en la adolescencia, un acontecimiento prematuro e inoportuno que repercute, tanto en la salud de la madre como en la del feto, asociando consecuencias sociales, educativas y económicas, además de efectos en la salud mental^(5,10).

Los fenómenos sociales que explican los riesgos de embarazos no deseados a los que se exponen las adolescentes españolas en las últimas décadas son: la importancia de la sexualidad para nuestros jóvenes, el creciente acceso a métodos anticonceptivos y el aumento de la actividad sexual desvinculada de la finalidad reproductiva, de las interrupciones voluntarias del embarazo (IVE) en las menores de edad y de las violencias de género que se manifiestan con cada vez mayor frecuencia en los centros escolares⁽⁵⁾.

Un dato importante es el porcentaje de EA que termina en IVE, el 30-35%, cifra que puede estar infravalorada, ya que algún año, el INE llegó a reflejar el 54,52%, siendo la tasa de IVE en la adolescencia de 12,5-13‰ y del 11-12‰ en la población general. En Castilla y León, en 2020, el IVE en adolescentes fue el 9,95% del total de IVEs, mien-

tras que, en España, la tasa de abortos voluntarios entre los 15 y 19 años, pasa del 4,8 en 1996 (un total de 7.331) al 8,8 en 2017 (9.755 casos), con un máximo de 13,6 en 2007 (15.307). El problema continúa agravándose, porque hasta un 20% de adolescentes se vuelven a embarazar en este periodo, al persistir los mismos hábitos de riesgo y una ineficaz conducta anticonceptiva⁽⁵⁾.

Se trata pues de un problema global, cuya importancia se debe a que, en su gran mayoría, son gestaciones no deseadas con importantes consecuencias personales, familiares, sociales y de salud, al asociar una alta tasa de complicaciones durante la gestación y el parto, siendo la segunda causa de mortalidad en este grupo de edad⁽⁷⁾. Las parejas y las familias juegan un papel fundamental para el bienestar y la estabilidad emotiva de la madre adolescente. Las actitudes frente a un embarazo no previsto, las decisiones con respecto a su continuidad y las formas en que se lleva psicológica y prácticamente la maternidad, dependen, en gran medida, del entorno de las adolescentes.

Seguimiento del embarazo en la mujer adolescente

El diagnóstico y derivación precoz de la gestante adolescente desde Atención Primaria al equipo multidisciplinar de especialistas es fundamental para reducir, mediante controles antenatales frecuentes, la morbimortalidad materna y fetal.

Consentimiento y confidencialidad en pacientes adolescentes en España

Las adolescentes necesitan una consideración especial y una respuesta adecuada a su edad por parte de los profesionales, en cuanto a consentimiento y confidencialidad.

Existe una obligación ética y legal de respetar la intimidad en la práctica médica, en función de una especial confianza en la relación médico-paciente y a la ley de Autonomía del Paciente, que establece que toda persona tiene derecho a que se respete el carácter confidencial de los datos de salud, principio que también incluye a las adolescentes^(11,12).

En España, según la ley, la edad para emanciparse y/o casarse son los 16 años

y los 13 años para mantener relaciones sexuales consentidas; sin embargo, según el código penal, reformado en el 2015, se entiende que un/a joven posee uso pleno de razón, discernimiento y autonomía para decidir cuándo y con quién practicar sexo (consentimiento sexual) y/o casarse a partir de los 16 años⁽¹¹⁾.

La ley Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en materia de Información y Documentación Clínica⁽¹²⁾, reconoce en los 16 años, la mayoría de edad sanitaria para consentir en las intervenciones, con algunas excepciones, incluida la IVE, y establece la necesidad de tener en cuenta la opinión de la menor entre los 12 y 16 años, aunque, en estos casos, obliga a solicitar el consentimiento al representante legal.

Establecer la autonomía y confidencialidad de la adolescente embarazada puede ser complicado, debido a la atención que precisa y al entorno que la rodea. El conocimiento del embarazo en una adolescente exige al personal sociosanitario que la atiende, considerar su capacidad intelectual y madurez psíquica para consentir la relación sexual generadora de la gestación, así como valorar la necesidad de informar a las autoridades si se sospechan violaciones de la legalidad vigente.

Es probable que surjan problemas de confidencialidad durante la prestación de cuidados a adolescentes muy jóvenes, incluso problemas de confidencialidad entre los miembros del equipo sanitario multidisciplinar y/o con diferentes miembros de la familia de la adolescente.

Cuidados antenatales

Es necesario el diagnóstico precoz y su control multidisciplinar, con un importante apoyo familiar y psicológico, para reducir los resultados adversos asociados a estas gestaciones.

La desinformación sobre las implicaciones de la gestación en edades precoces, el retraso en el inicio de la atención prenatal y un número reducido de visitas prenatales, ocasionan unos resultados adversos, tanto maternos como obstétricos y neonatales. El establecimiento de unos *cuidados prenatales multidisciplinares* precoces mejorará los resultados,

al reducir las tasas de complicaciones perinatales⁽⁶⁾. Es esencial una buena comunicación entre profesionales y adolescentes, carente de barreras comunicativas, que promueva una atención equitativa y adaptada a las necesidades de salud y bienestar de la joven⁽¹⁾.

Es muy importante que en la primera asistencia, tanto el pediatra como el médico de Atención Primaria (AP) o el mismo ginecólogo, hablen abiertamente con la joven gestante sobre la necesidad de tomar una decisión acerca de continuar la gestación para formar una familia con el padre o monoparental, cederlo en adopción una vez que nazca o interrumpir la gestación⁽⁷⁾. Tomada la decisión de continuar con el embarazo, su seguimiento debe ser multidisciplinar, con un importante asesoramiento psicológico, tan importante como el control médico, atendiendo a las necesidades de cada adolescente y valorando, de manera individualizada, sus propios factores de riesgo. Es lo que se considera el *“gold standard”* en el manejo de los innumerables problemas que se presentan en las gestantes adolescentes⁽⁶⁾.

El grado de educación es probablemente el factor más importante en términos de riesgo reproductivo y riesgo perinatal, mucho más que: la propia edad, el control perinatal y el estado nutricional de la adolescente⁽¹⁾. El diagnóstico precoz y la derivación inmediata a los servicios de salud para una atención multidisciplinar especializada de la joven madre, ayudan mucho a reducir los riesgos perinatales⁽⁷⁾.

Un aspecto a tener muy presente a la hora de realizar un diagnóstico precoz de la gestación, generalmente en el ámbito de la AP, es conocer cuáles son los síntomas propios del inicio del embarazo y que la presencia de amenorrea o de ciclos irregulares, síntomas frecuentes en estas edades, obligan a descartar una gestación. Por ello, en AP (pediatra, médico de familia y/o matrona), deben indicar la realización de un test de embarazo en orina o una beta-hCG en sangre e incluso repetirlo en unos días, si el resultado fue negativo y la menstruación no acaba de presentarse.

También es necesario tener presente que, en muchas ocasiones, la adolescente está obviando el detalle de un retraso menstrual, por lo que es necesario pre-

guntarle cuándo fue su última regla y, por supuesto, si mantiene o ha mantenido relaciones sexuales recientemente, cómo las protege y si son con diferentes parejas. Cuando es la propia adolescente quien solicita la prueba de embarazo, lo hace por convicción o sospecha de haber estado expuesta a la posibilidad de un embarazo, lo que requiere la debida atención por parte del personal sanitario que, incluso ante la negatividad de la prueba, debe analizar las circunstancias familiares y sociales de la adolescente, para promover una intervención profiláctica que puede precisar también de otros profesionales como: educadores, trabajadores sociales, psicólogos, etc.⁽¹⁾.

Desde Atención Primaria, es importante que, diagnosticada la gestación y a la vez que se deriva a la gestante a la matrona o al ginecólogo para el seguimiento del embarazo, al tratarse de personas que están en fase de desarrollo y crecimiento, se promocióne un estilo de vida saludable, se insista en un estricto control de los requerimientos nutricionales y en una alimentación que sea rica en proteínas, suplementada con vitaminas y micronutrientes como: ácido fólico, yodo, calcio e hierro. También, en esta primera visita, se debe explicar a la gestante cuál es su peso ideal y la ganancia ponderal deseable durante la gestación.

Entre las líneas estratégicas de los cuidados antenatales están, además del asesoramiento sobre hábitos saludables contrarios al consumo de tabaco, alcohol y drogas durante el embarazo y estimuladores del ejercicio físico, los programas de nutrición prenatal, de salud sexual y prácticas sexuales durante la gestación y de diagnóstico precoz de las ETS más prevalentes, todo ello dirigido a reducir la incidencia de patologías asociadas a la gestación y los costes asociados a la prematuridad y al bajo peso al nacer^(6,7).

Las gestantes adolescentes tienen tasas de consumo de tabaco, alcohol y drogas mucho más altas que el resto de las gestantes, incluso a pesar de que muchas de ellas cesaron el consumo una vez conocido el estado de gestación^(6,15). También, en este grupo de gestantes, es mucho más frecuente la violencia de pareja, la cual acarrea un mayor riesgo de resultados perinatales adversos como: bajo peso, parto pretérmino, muerte fetal y depresión materna

postparto⁽⁶⁾. Esta mayor frecuencia de complicaciones perinatales establece la recomendación de realizar controles rutinarios repetidos durante el embarazo de las adolescentes, además de estudios de cribado sobre el consumo de alcohol, tabaco y drogas, y sobre violencia durante el embarazo, siempre que existan indicios que sugieran estos hábitos o circunstancias.

Control de la gestación en la mujer adolescente

En un embarazo correctamente controlado por equipos multidisciplinares, los riesgos y las complicaciones asociadas a la gestación no se ven incrementados respecto a los habituales de cualquier gestación y su control debe seguir el protocolo de la SEGO con algunos matices⁽¹³⁾.

El embarazo es un estado fisiológico de la mujer que dejado a su evolución espontánea, en la mayoría de los casos, no supondrá problema de salud alguno, tanto para la madre como para el feto, pero que precisa de un seguimiento adecuado, con el fin de controlar las posibles alteraciones que pudieran aparecer, para así intentar prevenirlas o diagnosticarlas precozmente⁽¹³⁾.

Las gestantes adolescentes tienen unos niveles de asistencia prenatal y un número de visitas durante el primer trimestre muy inferiores a las recomendadas para cualquier gestante adulta^(6,13). Los motivos de estas carencias van desde el desconocimiento de la importancia de estos cuidados precoces al también desconocimiento de las consecuencias que acarrearán, pasando por: el deseo de ocultar el embarazo, una historia de violencia de género, dudas sobre interrumpir la gestación, motivos económicos, etc.

Cualquier profesional, en especial, los ginecólogos y las comadronas que intervenga en el control de la gestación de las adolescentes, debe de estar formado y habituado a tratar con estas jóvenes, que no son simplemente embarazadas, y para ello los servicios de salud deben contar con un profesional referente, evitando cambios innecesarios. Es indispensable establecer empatía con la gestante, a la vez, que tener aptitudes de tacto, respeto, discreción y tolerancia, y saber transigir con olvidos, retrasos e incumplimientos que se presentarán⁽¹⁾.

La *primera visita o visita de captación* debe ser realizada en las primeras 12 semanas de gestación, idealmente antes de la semana 10, y en los casos de embarazo no deseado cuanto antes mejor, para así poder tomar decisiones sobre la continuidad o no de la gestación con la menor repercusión posible, tanto a nivel ginecológico como psicológico^(1,13). En esta primera visita, hay que realizar una minuciosa historia clínica, que permita evaluar: la situación de la adolescente, su grado de madurez y la identificación de posibles factores de riesgo. Hay que considerar el nivel social y educativo, junto a las expectativas vitales, la autoestima y los recursos económicos. En ocasiones, esta primera visita ha de ser continuada con otra posterior, que permita enfatizar en todos aquellos aspectos que se consideren incompletos⁽¹⁾.

Desde el momento del diagnóstico del embarazo o en la primera visita, el *profesional sanitario* debe acompañar a la joven en la toma de decisiones sobre la resolución de la gestación, sin decidir por ella, sin juzgarla y sin influirla, siendo muy recomendable que, desde el primer momento, se proponga una valoración y un asesoramiento psicológico y social de la gestante.

El personal sanitario estará atento para poder detectar presiones en uno u otro sentido en la toma de la decisión final de la adolescente (riesgo de ser víctimas de sexo forzado mediante insistencias, amenazas, coacción o engaños); ya que, si las presiones o influencias familiares van dirigidas en el sentido contrario al deseo de la adolescente, siempre acarrearán conflictos intrafamiliares y trastornos psicológicos a la joven en forma de sentimientos de culpabilidad⁽³⁾.

Las adolescentes embarazadas, una vez que acuden a los servicios de salud, deben ser asesoradas de manera objetiva, valorando los pros y contras de las diferentes opciones que puede tomar con su embarazo, sin tener ninguna consideración específica con su edad, comenzando por la posibilidad de continuar con él, para alcanzar el estatus de madre o, en caso contrario, entregarlo en adopción, así como también sobre la posibilidad de interrumpirlo. Este proceso de decisión no es sencillo, está plagado de dudas y conviene que sea apoyado por un periodo de reflexión⁽⁴⁾.

La adopción habitualmente se decide en casos de diagnóstico tardío de la gestación, por ocultamiento de este por parte de la adolescente y superados los límites legales para la IVE. En escasas ocasiones, la decisión de entregar al hijo en adopción se debe a razones personales o a las presiones del entorno familiar, pero sea por un motivo o por otro, en el caso de entregar al hijo en adopción, exige que durante el tiempo de gravidez se cree el soporte psicológico necesario para contrarrestar alteraciones conductuales y mentales, así como facilitar que la madre pueda acceder a los recursos sociales y legales oportunos⁽¹⁾.

En España, contamos con la *ley 3/2010 sobre salud sexual y reproductiva y de la IVE*⁽¹⁴⁾, que regula la posibilidad de abortar dentro del marco legal en las primeras 14 semanas, a petición de la embarazada, siempre que se le haya informado de los derechos, prestaciones y ayudas públicas de soporte a la maternidad y haya contado con un plazo de, al menos, tres días de reflexión. Hasta la fecha, en esta ley se indica que, en el caso de menores de 16 años, se requiere para la IVE la autorización de los padres o tutores y, entre los 16 y 17 años, la decisión le corresponde a la gestante, hasta la fecha se exige que los padres estén informados de la decisión, requisito que podría desaparecer en la nueva Ley Orgánica. En España, la tasa de IVE en chicas de 15-19 años pasa de 4,8 en 1996 (un total de 7.331) a 8,8 en 2017 (9.755 casos), tras haber alcanzado el máximo de 13,6 en 2007 (15.307 casos)⁽⁵⁾.

En los casos en los que la decisión sea continuar con embarazo y la adolescente se plantee aceptar a su hijo como tal, es preciso que se aborde con ella lo que esto supone en cuanto a: cuidados del embarazo y del futuro bebé, tiempo de dedicación, educación, cambios de vida futura, etc.⁽⁴⁾.

Identificados los factores de riesgo en la primera visita gestacional, se propondrá el mismo protocolo de visitas especializadas que en cualquier otro embarazo normal, adaptando estas a las recomendaciones sobre control prenatal de la SEGO⁽¹³⁾. Se tendrán en cuenta las características propias de estas jóvenes y en dicho protocolo están incluidas: la administración de inmunoglobulina anti-D en mujeres con factor Rh negativo, la

vacunación de la madre frente a la tóserina entorno a la semana 28-32 y la profilaxis antibiótica intraparto frente al estreptococo beta-agalactiae previa toma vagino-rectal para cultivo^(1,13).

Las mujeres entre 15 y 24 años presentan las mayores tasas de *enfermedades de transmisión sexual* (ETS), no solo HIV, HBsAg y sífilis, sino también de infecciones por: clamidia, gonococia y VHC, y de su reinfección en el primer año postratamiento, como consecuencia de prácticas sexuales sin protección con múltiples parejas, favorecido además por servicios sanitarios deficitarios en estos aspectos a los que acudir o por una importante ausencia de información sobre ello y, por lo tanto, falta de asistencia a los mismos⁽³⁾.

El cribado rutinario de las ETS en adolescentes asintomáticas no está indicado, pero sí lo está en casos de factores de riesgo, como vida sexual activa o la propia gestación en esta etapa de la vida^(17,18), por ello es muy importante en esta población gestante de riesgo, realizar en la primera visita prenatal, y en la del tercer trimestre, un cribado de ETS, así como ante cualquier queja sugerente de leucorrea o insinuación de tener una nueva pareja⁽⁷⁾. El cribado es coincidente con el establecido en el control gestacional habitual, que incluye a: rubeola, sífilis, HBsAg y VIH⁽¹³⁾. En los casos de EA procedentes de países con elevada incidencia de enfermedad de Chagas y de Zika, deben realizarse los cribados correspondientes⁽¹³⁾, así como tener conocimiento de las gestantes extranjeras acerca de las vacunas que han recibido en su país de origen.

El aumento del consumo de alcohol y drogas puede favorecer la aparición de *malformaciones en el feto*, lo que asociado a posibles alteraciones en el crecimiento fetal, hacen que, en estos embarazos, el control ecográfico morfológico y del crecimiento fetal deba incrementarse sobre las tres ecografías básicas propuestas en las guías de asistencia al embarazo normal⁽¹³⁾, por lo que realizar controles ecográficos en las semanas 16 y 28 tienen su justificación clínica en estos casos.

El *parto* debe ser afrontado de manera similar a cualquier otro parto en mujeres no adolescentes, sin que la edad constituya un factor determinante que incremente la tasa de partos inter-

venidos ni de cesáreas, incluso algunos estudios indican que en la mujer adolescente, tanto la tasa de fórceps como de ventosas y de cesáreas, es inferior a la obtenida en mujeres de 20 a 24 años⁽¹⁶⁾.

Finalizado el parto, la adolescente permanecerá ingresada durante 36-48 h para vigilar la evolución materna y neonatal. Se realizará control hematólogico, valoración de la involución uterina y de las cicatrices/suturas si se practicó episiotomía o cesárea, se promoverá la lactancia materna y se realizará la "prueba del talón" para cribado de metabolopatías en el neonato.

El control posparto exige una coordinación con el personal sanitario de AP, así se apoyará en las matronas, médicos de familia y pediatras, programando con las primeras, al menos, dos visitas puerperales, una domiciliaria lo más cerca posible al alta hospitalaria y otra en la 6ª semana del posparto. Si la adolescente no acude a estas visitas, es necesario intentar recuperarla con la ayuda de los asistentes sociales⁽¹⁾.

Complicaciones del embarazo en la adolescencia

Muchos de los riesgos asociados a la gestación en madres adolescentes son prevenibles mediante: diagnóstico precoz del embarazo y su derivación para cuidados perinatales precoces y multidisciplinarios, nutrición adecuada, supresión del consumo de tóxicos y cribado de ETS.

Muchas son las complicaciones asociadas a la gestación en madres adolescentes, destacando: preeclampsia, parto prematuro, bajo peso al nacer y retraso de crecimiento intrauterino (RCIU), así como un incremento en la tasa de muertes fetales intraútero, abortos y muerte intraparto. Los peores resultados perinatales se observan cuando la gestación se produce en los dos primeros años después de la menarquía y la incidencia de estos se multiplica por 4 en madres de 13 a 15 años, y se duplica en madres de 15 a 19 años respecto a la incidencia observada en madres mayores de 19 años; en todos los casos, se relacionan las complicaciones con el retraso de los cuidados perinatales⁽⁷⁾. Por sí sola, la edad materna de 16 años o inferior, debe de ser considerada como una potencial causa de riesgo perinatal y muerte neonatal, que exige a los profe-

sionales sanitarios incrementar los cuidados y vigilancia de estas madres^(16,19).

La juventud es un factor de riesgo independiente de otros factores socio-demográficos de confusión para producir resultados perinatales adversos, su asociación es muy intensa^(16,19,20). La adolescente embarazada es más susceptible de padecer complicaciones médicas, tanto en ella como en el feto, principalmente cuanto más se acerque la gestación a la edad de la menarquía, ya que estas madres están en fase de crecimiento, compitiendo por los nutrientes con su propio hijo⁽¹⁾.

La inmadurez tisular y un desarrollo óseo no finalizado de la pelvis, favorecen: malposiciones fetales, distocias de hombros, asfixia intraparto e incluso muerte intraparto, lo cual se asocia a mayor tasa de cesáreas y de partos instrumentales; por otro lado, la estrechez del canal blando del parto facilita los desgarros y lesiones traumáticas del mismo^(7,8).

La anemia (Hb \leq 10,5 g/dl) es muy frecuente en estas gestantes, supera el 50% de ellas, esta y los bajos depósitos de hierro y niveles de ferritina se deben a déficits nutricionales, así como a los trastornos del ciclo menstrual previos a la gestación, por lo que se recomienda en estas gestantes, una suplementación con vitaminas e hierro para reducir las tasas de anemia y con ello el bajo peso al nacer^(6,7,21).

Entre un EA controlado y uno no controlado se advierten diferencias importantes, para los trastornos hipertensivos del embarazo, algunos estudios indican diferencias entre el 3-5% vs 17-35%⁽¹⁾, no observando otros estudios diferencias cuando se ajusta por variables como la paridad⁽⁶⁾. Al comparar la amenaza de parto prematuro en gestantes adolescentes con gestación controlada vs no controlada, las diferencias se encuentran entre el 10-12% vs 22-42% y, para los casos con retraso del crecimiento intrauterino, se duplican cuando el EA no es controlado^(1,22). La prematuridad es la complicación que se describe más frecuente en las gestantes adolescentes.

Las malformaciones fetales constituyen una de las complicaciones más frecuentes e importantes de estas gestaciones; si bien, hay datos contradictorios sobre su frecuencia en comparación con las presentes en otras edades maternas.

Estas afectan, sobre todo, al SNC, sistema urinario y a la cara, y para algunas guías está justificado realizar una doble ecografía morfológica a las 16 y 20 semanas⁽⁶⁾.

La depresión es frecuente entre las adolescentes gestantes al igual que: estrés, ansiedad y cierta sensación de sentirse socialmente estigmatizadas por el embarazo; hasta el 50% de ellas desarrollarán depresión postparto de intensidad moderada o severa. El conocimiento de esta posibilidad obliga a los sanitarios a cribar estas patologías en cada visita perinatal⁽⁷⁾.

En términos generales, las gestaciones en madres adolescentes tienen mayores tasas de incidencia de parto prematuro y extremadamente prematuro, bajo y muy bajo peso, RCIU y muerte perinatal.

Prevención del embarazo en la adolescencia

La prevención del embarazo no deseado debe implicar a los gobiernos y a la sociedad en su conjunto, además de a la escuela, la familia, el personal sanitario y, por supuesto, la pareja.

La prevención primaria, cuyo objetivo es evitar el embarazo no deseado en mujeres adolescentes, requiere medidas como promover el desarrollo personal y de habilidades, tanto en el ámbito familiar como en el escolar, facilitar una adecuada educación sexual, así como el asesoramiento sobre métodos anticonceptivos o incluso garantizar su acceso gratuito, medidas que son el pilar fundamental para evitar los embarazos no deseados^(13,23). La prevención primaria del EA debe centrarse en la formación y la educación sanitaria sobre temas sexuales y de contracepción, de manera coordinada con la familia, la escuela y los medios de comunicación/redes sociales.

La base para la prevención del embarazo no deseado en la adolescencia será una correcta educación afectiva y sexual, estando ello muy condicionado por la sociedad y cultura en la que la joven crezca, en nuestro medio intervienen: familia, escuela, amigos, medios de comunicación, administración y profesionales sanitarios⁽⁴⁾. La familia debe ser el principal lugar de

formación y de influencia de hábitos saludables de la adolescente, ello reforzado a nivel escolar, como centro de la educación/formación en materia de sexualidad y reproducción responsable, para alcanzar unas adecuadas expectativas de futuro.

El EA no planificado supone un gran coste para la salud pública; la falta de información, el contexto sociocultural y familiar, así como la accesibilidad a los métodos anticonceptivos, son algunas de las causas por las que se suceden los embarazos no deseados. Una de las mejores formas de prevenir el embarazo precoz y mejorar los resultados reproductivos es, además de informar e impartir una educación paulatina, tanto en la familia como a nivel escolar, proporcionar una anticoncepción adecuada a los adolescentes⁽²³⁾.

Aunque el uso del preservativo ahora sea mucho más extendido entre la juventud española (con una media del 74,4% en 2010, según el Informe de Juventud en España 2012) hasta 2004, el 17% de los chicos y el 10% de las chicas de 15-24 años empleaban el *coitus interruptus* como medida de anticoncepción, y un 6% declaraba haber acudido algunas veces a la “píldora del día después” como recurso de emergencia⁽⁵⁾. El uso de algún tipo de protección en la primera relación sexual ha aumentado en las menores de 20 años, según la Encuesta de Anticoncepción SEC 2018, el 97,3% de las jóvenes que pertenecen a este grupo de edad ha utilizado algún tipo de anticoncepción⁽⁵⁾.

Entre los elementos que influyen en la ocurrencia de estos embarazos y de las ETS para los adolescentes en España, destacan: la escasa presencia en el territorio nacional de unos servicios sanitarios especializados, donde los menores puedan acudir sin sus padres, la carencia de valores éticos y morales de referencia en cuanto a una educación afectivo-sexual integral basada en el respeto, la influencia excesiva de unos medios de comunicación que promueven modelos desiguales de relaciones de género y el insuficiente control por parte de los adultos⁽²⁴⁾.

Las actuaciones que deberá emprender la Administración irán encaminadas a facilitar el acceso a la información y a los métodos anticonceptivos, y tratar de que estos sean gratuitos para este grupo

de edad. La información sobre los métodos anticonceptivos debe ser generalizada y dirigida a que los adolescentes los utilicen de una manera segura y eficaz, ya que están en la etapa de mayor fertilidad⁽⁴⁾. Los métodos hormonales aseguran una eficacia altísima, pero debemos aconsejar el “doble método” para así proteger frente al embarazo y también frente a las ETS, incluido el VIH, ya que el preservativo es considerado el método que más protege frente a estas últimas, pero esta forma de protegerse exige una motivación muy elevada⁽⁴⁾. Además, también deben estar perfectamente informados sobre la anticoncepción de urgencia, método que no debe ser considerado el ideal, sino solamente ante el uso incorrecto del método habitual⁽⁴⁾.

Los anticonceptivos reversibles de acción prolongada (LARC), denominación que incluye los dispositivos intrauterinos (DIU) y los implantes subdérmicos, son métodos muy seguros que ofrecen una protección anticonceptiva a largo plazo altamente eficaz y con escasas contraindicaciones. Su uso no está extendido, por lo que se debe suministrar una mayor información sobre ellos, de manera que los adolescentes conozcan y cambien la actitud hacia los mismos^(8,25). Son muy efectivos en estas edades para prevenir un segundo embarazo, reduciendo la repetición de abortos y/o de partos^(8,25).

Después de haber tenido un parto o un aborto, la mayoría de estas madres jóvenes manifiestan su deseo de evitar una nueva gestación; sin embargo, muchas cambian rápidamente de opinión y dejan el método anticonceptivo o las prácticas sexuales seguras, y al ser mujeres con una elevada tasa de fecundabilidad, hasta el 90% de las que lo buscan se quedan de nuevo embarazadas, llegando a producirse una segunda gestación en el 20% de la población adolescente que se embaraza⁽¹⁾.

Funciones del pediatra de Atención Primaria

El *acompañamiento y ayuda profesional* en Atención Primaria (AP), incluido el pediatra, durante la adolescencia, implica potenciar las capacidades y aptitudes de las adolescentes, promoviendo una adecuada gestión de los hábi-

tos de riesgo, incluido el deseo sexual y sus conductas, facilitando la prevención de las gestaciones y de las ETS.

Los pediatras y demás profesionales de Atención Primaria, deben tener siempre presente la posibilidad de una gestación en mujeres adolescentes; por ello, la presencia de amenorrea o de ciclos irregulares, síntomas frecuentes en estas edades, exigen la realización de un test de embarazo en orina o en sangre. El diagnóstico y derivación precoz de la gestante adolescente al equipo multidisciplinar de especialistas es fundamental para reducir, mediante controles prenatales precoces y frecuentes, la mayor morbimortalidad materna y fetal asociada a estas gestaciones.

El conocimiento del estado de gravedad de una adolescente exige al personal sanitario que la atiende: considerar su capacidad intelectual y madurez psíquica para consentir la relación sexual generadora del embarazo, así como valorar la necesidad de informar a las autoridades si sospechan violaciones de la legalidad vigente.

Es muy importante que en esta primera consulta realizada en AP, tanto el pediatra como el médico de familia, hablen abiertamente con la joven gestante sobre la necesidad de tomar una decisión acerca de continuar la gestación para: formar una familia con el padre o monoparental, cederlo en adopción una vez que nazca o interrumpir la gestación, precisando de un periodo de reflexión antes de una determinación definitiva que transmitirá, tanto a ellos como al ginecólogo.

Diagnosticada la gestación, remitida la gestante al ginecólogo y hasta ser atendida por este, la adolescente debe estar asesorada sobre el peso ideal y la ganancia ponderal deseable durante la gestación, para lo que deberá seguir un estricto control nutricional y una alimentación rica en proteínas, suplementada con vitaminas y micronutrientes como: ácido fólico, yodo, calcio e hierro. También en esta primera visita, se indicará a la gestante que siga las recomendaciones sobre hábitos saludables que potencien el ejercicio y contrarias al consumo de tabaco, alcohol y drogas, apoyo educativo, salud sexual y prácticas sexuales durante la gestación, y diagnóstico precoz de ETS. Todo ello se traducirá

en una importante reducción tanto de la incidencia de determinadas patologías asociadas a la gestación, como de los costes que se asocian a la prematuridad y bajo peso al nacer.

Conclusiones

Aunque la tendencia en España es a ir disminuyendo la incidencia de embarazos en madres adolescentes, estos constituyen, por su característica de no ser deseados, un problema personal, familiar y social muy importante que exige medidas preventivas basadas en programas de educación sexual y de métodos de anticoncepción. Para reducir la morbilidad perinatal, el diagnóstico debe ser lo más precoz posible, con un control multidisciplinario y adaptado a la idiosincrasia de estas pacientes, pero siempre basado en el proceso de control del embarazo normal de cualquier gestante.

Conflicto de intereses

No hay conflicto de interés en la elaboración del manuscrito.

Bibliografía

Los asteriscos reflejan el interés del artículo a juicio de los autores.

- 1.*** Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. ProSego. Embarazo en la Adolescencia. Madrid: SEGO 2013. Disponible en: https://www.sego.es/gapSEGO/Guias_de_Asiistencia_Practica#perinatal.
2. Organización Mundial de la Salud. OMS. Salud de la madre, el recién nacido, del niño y del adolescente. Desarrollo en la adolescencia (Internet). Consultado el 27 enero de 2022. Disponible en: https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/.
- 3.* López Sánchez F. Adolescencia y embarazo. En: Troyano Luque JM; Guía de manejo de la patología perinatal; 2015. p. 1-10. ISBN: 978-84-606-7426-9.
- 4.** Ros i Rahola R. Embarazo en la adolescencia. Grupo de Ginecología de la Infancia y Adolescencia de la SEGO; Guía de atención ginecológica en la infancia y adolescencia de la SEGO; 2013. p. 153-63. ISBN: 978-84-695-7249-8.
- 5.** Hernández AL, Gentile A, Luminita E. Perfil socio-demográfico de madres adolescentes en España. Acciones investig. Soc. (Internet). 2019; 40: 109-33. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/339378130_Perfil_sociodemografico_de_madres_adolescentes_en_Espana/link/5e4e7e3f92851c7f748d2b8/download.

- 6.** Fleming N, O'Driscoll T, Becker G, Spitzer RF. SOGC Canadian Paediatric and Adolescent Gynaecology and Obstetricians (CANPAGO) Committee. Adolescent Pregnancy Guidelines. SOGC Clinical Practice Guideline nº 327, 2015. J Obstet Gynecol Can. 2015; 37: 740-56.
7. Lefwich HK, Ortega-Alves MV. Adolescent pregnancy. Pediatr Clin N Am. 2017; 64: 381-8.
- 8.*** Adolescent pregnancy, contraception, and sexual activity. Committee Opinion 699. American College of Obstetricians and Gynecologists. Obstet Gynecol. 2017; 129: e142-9.
9. White LB. A holistic approach to adolescent pregnancy prevention. Am J Public Health. 2018; 108: S1.
10. Álvarez C, Grande ML, Linares M, Cecilia A. Análisis del embarazo adolescente: miradas cualitativas a los casos de Bucaramanga y Jaén. Matronas Prof. (Internet). 2017; 18: 51-9. Disponible en: <https://www.federacion-matronas.org/wp-content/uploads/2018/01/original-embarazo-adolescente.pdf>.
- 11.** Ros i Rahola R. Aspectos ético-legales de la atención ginecológica a la adolescente. Grupo de Ginecología de la Infancia y Adolescencia de la SEGO; Guía de atención ginecológica en la infancia y adolescencia de la SEGO; 2013. p. 185-94. ISBN: 978-84-695-7249-8.
12. Ley 41/2002, básica reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en materia de Información y Documentación Clínica.
- 13.** Guía de asistencia práctica. Control del embarazo normal. 2017. Disponible en: <https://gapssp.es/>.
14. Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo. «BOE» núm. 55, de 4 de marzo de 2010. Referencia: BOE-A-2010-3514.
15. Fleming N, Ng N, Osborne C, Biederman S, Yasseen AS, Dy J, et al. Adolescent pregnancy outcomes in the province of Ontario: a cohort study. J Obstet Gynecol Can. 2013; 35: 234-45.
16. Torvie AJ, Callegari LS, Sciff MA, Debiec KE. Labor and delivery outcomes among young adolescents. Am J Obstet Gynecol. 2015; 213: 95.e1-8.
17. Workowski KA, Bolan GA. Sexually transmitted diseases treatment guidelines. MMWR Recomm Report. 2015; p. 64.
- 18.** Screening for chlamydia and gonorrhea US Preventive Service Task Force setember. 2021.
19. Marvin-Dowle K, Soltani H. A comparison of neonatal outcomes between adolescent and adult mother in developed countries: a systematic review and meta-analysis. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2020; 6: 100109. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.eurox.2020.100109>.
20. Fraser AM, Brocket JE, Ward RH. Association of Young maternal age with adverse reproductive outcomes. N Eng J Med. 1995; 332: 1113-7.
21. Soares NN, Mattar R, Camano L, Torloni MR. Iron deficiency anemia and iron stores in adult and adolescent women with pregnancy. Acta Obstet Gynecol Scand. 2010; 89: 343-9.
22. Quinlivan JA, Evans SF. Teenage antenatal clinics may reduce the rate of preterm birth: a prospective study. BJOG. 2004; 111: 57-8.
- 23.* World Health Organization (WHO). WHO guideline on preventing early pregnancy and for reproductive outcome among adolescents in developing countries. Geneva: WHO. 2011.
24. Lailla J. La sexualidad en el adolescente en España comparada con otros estados europeos. En: García-Tornel S, Miret P, Cabré A, Flaquer L, Berg-Kelly K, Roca G, et al. (coords.). El adolescente y su entorno en el siglo XXI. Instantánea de una década. Esplugues de Llobregat: Observatorio de salud de la infancia y la adolescencia. 2011. p. 121-36.
25. Baldwin MK, Edelman AB. The effect of long acting reversible contracepción on rapid repeat pregnancy in a dolescents: a review. J Adolesc Health. 2013; 52: S47-53.

Bibliografía recomendada

- Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. ProSego. Embarazo en la Adolescencia. Madrid: SEGO 2013. Disponible en: https://www.sego.es/gapSEGO/Guias_de_Asiistencia_Practica#perinatal.
- Guía sobre el control de la gestación en la adolescente, elaborada por la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia, que explica: la situación epidemiológica, el procedimiento de control y las complicaciones de estas gestaciones, con un enfoque centrado en las mujeres jóvenes.
- Guía de asistencia práctica. Control del embarazo normal. 2017. Disponible en: <https://gapssp.es/>.
- Excelente guía de control de la gestación normal, elaborada por la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia, que detalla todo lo necesario para realizar un adecuado control de la mujer gestante y del feto.
- López Sánchez F. Adolescencia y embarazo. En: Troyano Luque JM; Guía de manejo de la patología perinatal; 2015. p. 1-10. ISBN: 978-84-606-7426-9.
- Capítulo de libro que describe, a modo de revisión, los diferentes aspectos médicos y sociales que concurren en las gestaciones de las adolescentes.
- Fleming N, O'Driscoll T, Becker G, Spitzer RF. SOGC Canadian Paediatric and Adolescent Gynaecology and Obstetricians (CANPAGO) Committee. Adolescent Pregnancy Guidelines. SOGC Clinical Practice Guideline nº 327, 2015. J Obstet Gynecol Can. 2015; 37: 740-56.

Guía clínica de la Sociedad Canadiense de Ginecología y Obstetricia, que indica la forma de enfocar en este país, el manejo del embarazo en las adolescentes y su prevención.

- Lefwich HK, Ortega-Alves MV. Adolescent pregnancy. *Pediatr Clin N Am.* 2017; 64: 381-8.

Interesante artículo de revisión, que describe en profundidad todos los aspectos a tener en cuenta en relación al embarazo en la mujer adolescente.

- Adolescent pregnancy, contraception, and sexual activity. Committee Opinion 699. American College of Obstetricians and Gynecologists. *Obstet Gynecol.* 2017; 129: e142-9.

Guía clínica del Colegio Americano de Ginecología y Obstetricia, que indica la forma de enfocar el embarazo en las adolescentes en EE.UU., en la que se hace especial referencia a los programas preventivos, tanto escolares como sanitarios, así como a la prevención con métodos contraceptivos.

- Ros i Rahola R. Aspectos ético-legales de la atención ginecológica a la adolescente. Grupo de Ginecología de la Infancia y Adolescencia de la SEGO; Guía de atención ginecológica en la infancia y adolescencia de la SEGO; 2013. p. 185-94. ISBN: 978-84-695-7249-8.

Artículo que revisa las consideraciones legales que hay que conocer al tratar determinados aspectos médicos con las adolescentes.

Caso clínico

Mujer de 16 años y 8 meses, conocida tanto ella como su familia, como usuaria de los servicios de Atención Primaria del Centro de Salud del área sanitaria. Acude a consulta con su pediatra habitual, por presentar desde hace 20 días malestar digestivo asociado a náuseas frecuentes y vómitos ocasionales no precedidos de eructos, que han ido aumentando en frecuencia durante los últimos días, esporádicamente con algún hilo de sangre y que le impiden ingerir alimentos principalmente en el desayuno, que es el que principalmente suele vomitar.

Al ser preguntada, indica que simultáneamente asocia deposiciones blandas con algún episodio diarreico, no refiere molestias urinarias ni dificultades para la deglución, así como tampoco tuvo fiebre, pero refleja que la temperatura algunos días que se la tomo en este mes fue de $37,1^{\circ}\text{C} \pm 0,3^{\circ}\text{C}$.

Antecedentes familiares

Madre, reponedora en un supermercado, 20 años mayor que la adolescente, presenta asma extrínseca y alergia a ácaros. Padre con trastorno obsesivo-compulsivo y depresión en seguimiento, que requirió un ingreso en psiquiatría durante el seguimiento del paciente. Hermano de 18 años con alergia al huevo. La madre refiere que pasa muchas horas fuera de casa por trabajo y los niños están con su padre que está de baja laboral y cursando una reagudización importante de su patología.

Antecedentes personales

La historia clínica de la paciente refleja que se trata de una joven de clase media, escolarizada, con resultados normales y escasas faltas asistenciales, todas ellas justificadas. No realiza ejercicio físico y refiere una dieta variada, pero con abundante consumo de grasas poliinsaturadas y azúcares refinados. El IMC es de 32 kg/m^2 . No fuma y no refiere

consumo de drogas, pero sí de alcohol los fines de semana sin llegar a emborracharse.

La paciente tuvo reflujo gastroesofágico del lactante e intolerancia a la lactosa que remitió al año. Sin otras enfermedades importantes a destacar. Amigdalectomizada a los 5 años y apendicectomizada a los 12. Tiene realizado correctamente el calendario vacunal, incluida la vacuna frente al HPV y no refiere alergias medicamentosas conocidas.

La telarquia la tuvo a los 10,5 años y la menarquia sucedió a los 12 años y, desde entonces, tras un periodo de 8 meses de amenorrea a los 3-4 meses de la menarquia, refiere tener reglas muy irregulares cada 60-90 días con sangrado de 5 días de duración y en cantidad intensa en los primeros 3 días, aunque esta es precedida por dos días de manchado oscuro.

Indica que comenzó a mantener relaciones sexuales hace 6 meses, esporádicas y con tres parejas distintas en este tiempo, relaciones sin protección, ya que con la irregularidad de los ciclos no tiene ovulaciones y que con la vacuna se encuentra protegida frente al virus del papiloma humano. Refiere haber tenido la última menstruación hace 9 semanas y que la espera de nuevo para estos días, ya que nota cierto malestar en el hipogastrio y manchado vaginal oscuro escaso en estos dos últimos días, síntoma y signos similares a los presentados en otras ocasiones antes de tener la regla.

A la exploración, presenta unas constantes normales en cuanto a frecuencia cardíaca y tensión arterial, si bien, desde la última visita al pediatra, hace 4 meses, ha perdido 3 kg y el IMC actual es de 31 kg/m^2 . No se encuentra foco infeccioso ni en boca ni en oídos, la puño-percusión renal bilateral resulta negativa y a la palpación abdominal no se evidencia dolor, pero sí una ligera defensa a nivel del hipogastrio, el Blumberg es claramente negativo.

El desarrollo madurativo es adecuado para su edad, estando en un estadio IV de Tanner, S4 y P4.



Cuestionario de Acreditación

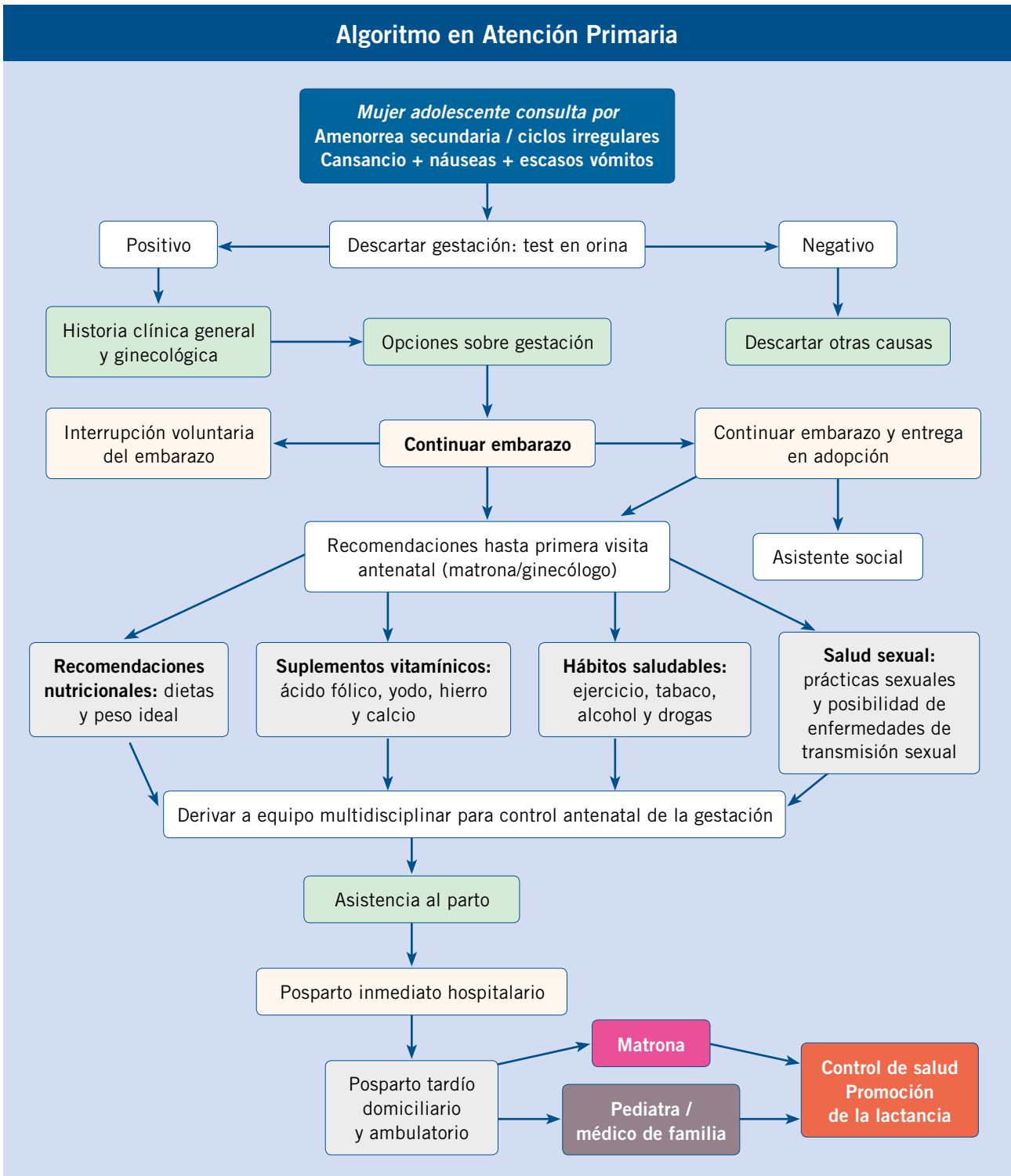
Los Cuestionarios de Acreditación de los temas de FC se pueden realizar en "on line" a través de la web:

www.sepeap.org y www.pediatriaintegral.es.

Para conseguir la acreditación de formación

continuada del sistema de acreditación de los profesionales sanitarios de carácter único para todo el sistema nacional de salud, deberá contestar correctamente al 85% de las preguntas. Se podrán realizar los cuestionarios de acreditación de los diferentes números de la revista durante el periodo señalado en el cuestionario "on-line".

Algoritmo en Atención Primaria





Cuestionario de Acreditación

A continuación, se expone el cuestionario de acreditación con las preguntas de este tema de *Pediatría Integral*, que deberá contestar “on line” a través de la web: www.sepeap.org.

Para conseguir la acreditación de formación continuada del sistema de acreditación de los profesionales sanitarios de carácter único para todo el sistema nacional de salud, deberá contestar correctamente al 85% de las preguntas. Se podrán realizar los cuestionarios de acreditación de los diferentes números de la revista durante el periodo señalado en el cuestionario “on-line”.

Embarazo y maternidad en adolescentes

17. De los siguientes comentarios, señale la respuesta INCORRECTA:
- El embarazo en las adolescentes tiene una tendencia descendente en cuanto a su incidencia en España en los últimos años.
 - Las gestaciones en las adolescentes, al ser consideradas de bajo riesgo, pueden ser controladas, exclusivamente por las matronas y ginecólogos.
 - Las gestaciones en la adolescencia, sobre todo, son embarazos no deseados, cuyo diagnóstico habitualmente es tardío.
 - Entre las opciones de la gestación están: continuar hasta el parto para formar una familia, entregarla al nacer en adopción y la interrupción voluntaria y legal del embarazo.
 - La complicación más frecuente de la gestación en la adolescencia es la prematuridad.
18. La prevención primaria del embarazo en las adolescentes se realiza mediante MEDIDAS:
- Que permitan la detección precoz de enfermedades asociadas a la gestación, como la hipertensión.
 - Como la administración de suplementos de ácido fólico que ayudan a reducir la incidencia de defectos del tubo neural.
 - Centradas hacia la formación y la educación sanitaria sobre temas sexuales y de contracepción, de manera coordinada entre la familia, escuela y medios de comunicación.
 - La interrupción de esta lo más precoz posible.
 - Todas son ciertas.
19. Durante el control de la gestante adolescente NO se necesita realizar cribado de alguna de las siguientes enfermedades infecciosas:
- Clamidias.
 - Sífilis.
 - Toxoplasmosis.
 - Rubeola.
 - Gonococia.
20. De las siguientes afirmaciones sobre el embarazo en las adolescentes, señale la respuesta INCORRECTA:
- El embarazo en la adolescencia es el que sucede en mujeres menores de 17 años.
 - La forma principalmente recomendada para prevenirlo, una vez iniciadas las relaciones sexuales, es el “doble método”.
 - La correcta asistencia del embarazo en la adolescencia debe ser multidisciplinar, asumiendo el concepto de salud integral de la adolescente.
 - La primera visita o de captación se realiza en Atención Primaria y la realizarán: la matrona, el pediatra y/o el médico de familia.
 - La interrupción de la gestación, según la legalidad vigente, exige el consentimiento paterno o del representante legal, cuando la adolescente es menor de 16 años.
21. En relación a la incidencia de embarazos en la adolescencia, señale la respuesta INCORRECTA:
- La tasa de fecundidad refleja el número de gestaciones en adolescentes sucedidas en un año, sobre el total de la población adolescente del mismo año y se expresa por mil adolescentes.
 - En los dos últimos decenios (2000 vs 2021), la tasa de fecundidad en las adolescentes españolas ha disminuido casi un 3%.
 - La tasa de fecundidad en las adolescentes españolas en el último quinquenio ha disminuido en todos los grupos de edad según el INE.
 - En el año 2020, la tasa de embarazos en adolescentes fue del 2,12% del total de gestaciones de ese año.
 - Las tasas de fecundidad de las adolescentes en nuestro país son mayores entre las adolescentes no nacionales que entre las nacionales.
22. Además de lo realizado, señale cuál de todas sería la PRIMERA prueba diagnóstica que solicitaría:
- Un hemograma con niveles de sideremia y de ferritina y bioquímica general.
 - Un sedimento urinario con urocultivo.
 - Una ecografía abdominopélvica.
 - Un test de gestación en sangre o en orina.
 - Una inspección vulvo-vaginal para descartar himen imperforado.

23. Como pediatra de cabecera, ¿qué **ACTITUD** tomaría en primer lugar con esta adolescente, si el test de gestación resulta positivo?
- Solicitaría una ecografía uterina para confirmar el embarazo antes de informar a la gestante.
 - Solicitaría la presencia de los padres para informarlos simultáneamente que a la adolescente.
- c. Derivaría a la gestante al ginecólogo de manera urgente.
- d. Informaría a la adolescente del estado de gravidez y sobre las posibilidades a tomar en relación a este si resultase evolutivo.
- e. Propondría la realización de una interrupción, como solución definitiva de un embarazo no deseado.
24. Entre las causas de retraso menstrual en la adolescente **NO** se encuentra:
- Embarazo.
 - Síndrome de ovario poliquístico.
 - Ejercicio físico intenso.
 - Hipotiroidismo.
 - Diabetes mellitus tipo I.