

III. PREVENCIÓN DEL RIESGO PERINATAL EN MADRES ADOLESCENTES

Dr. Mario Héctor Pera, Jefe de Trabajos Prácticos, Cátedra de Medicina Preventiva y Salud Pública.

Dr. Luis Risso Patrón, Jefe de Servicio de Sala de Partos. Hospital L. Lagomaggiore.

Maternidad José F. Moreno del Hospital L. Lagomaggiore, Mendoza, Argentina.

RESUMEN

Con el propósito de estudiar el riesgo perinatal y la prevención del mismo, se evaluó una muestra de 100 pacientes adolescentes y sus recién nacidos en la Maternidad J. F. Moreno de Mendoza durante el primer cuatrimestre de 1985. Para ello se estudió la edad materna, estado civil, control prenatal, peso de los recién nacidos, edad gestacional y la morbilidad y mortalidad de los mismos.

Se estimó la edad materna promedio en 17,95 años y el control prenatal no se realizó o fue insuficiente en 90 %. El índice de prematuridad fue de 25 %, el bajo peso de 9 % y la morbilidad perinatal de 14 %.

De los resultados obtenidos se infiere la importancia que adquiere la consulta prenatal precoz, la educación sexual y acciones de salud en la embarazada adolescente.

Palabras claves: Adolescencia. Embarazo. Riesgo perinatal.

SUMMARY

To better determine the perinatal risk and the prevention of this condition, 100 adolescent patients and the newborns reported at the Lagomaggiore Hospital during the period of four months, 1985, were studied. The clinical records of these patients were reviewed for maternal age, prenatal control, weight of the newborns, age of the gestation, morbidity and mortality.

The mean age of the patients was 17.95 years and the prenatal control was insufficient in 90 %. The presence of premature infants was demonstrated in 25 % of the cases studied, and 9 % of the newborns showed low weight. The perinatal morbidity and mortality was 14 %. These findings suggest that precocious prenatal control, sexual education and health programs are very important for the pregnant adolescent.

Key words: Adolescence. Pregnancy. Perinatal risk.

El embarazo en adolescentes es una situación cada vez más frecuente y en aumento en todo el mundo.⁽¹⁾ Mucho se ha dicho sobre los riesgos que genera esta nueva situación tanto para la madre joven como para el recién nacido. Durante mucho tiempo se ha considerado el embarazo en adolescentes como de alto riesgo perinatal, dado el mayor índice de patologías maternas y la consecuente repercusión sobre el recién nacido.

Reportes más recientes establecen que un buen control prenatal disminuiría los riesgos en este grupo de pacientes.⁽²⁾

El objetivo del presente trabajo es estudiar en una muestra de pacientes adolescentes de nuestra comunidad a los recién nacidos de las mismas, averiguando las distintas afecciones que éstos pudieran presentar, control prenatal, patologías maternas y el riesgo perinatal.

MATERIAL Y METODOS

El estudio se realizó en una muestra de 100 pacientes adolescentes embarazadas mediante elección simple al azar de una población de 375 pacientes. La citada población concurrió a la Maternidad J. F. Moreno del Hospital Luis Lagomaggiore de la ciudad de Mendoza en el período comprendido entre el 1° de enero hasta el 30 de abril de 1985.

En ese período se produjeron en la citada maternidad 2.293 nacimientos; de éstos, 16,35 % correspondió a recién nacidos de madres adolescentes. Para la selección de los casos nos ajustamos a los límites de edad considerados por la OMS para definir al adolescente, que fija como tales desde los 10 a 20 años.⁽³⁾

RESULTADOS

1. **Edad.** Ajustándonos a los criterios dados por la OMS, hemos considerado en la selección de los casos aquellas pacientes cuyas edades oscilaron entre los 14

(menor edad registrada en la muestra) y 20 años. La edad promedio de la muestra fue de 17,95 años con una desviación estándar de 1,62 y un rango entre 14 y 20 años. El error de estimación fue calculado en 0,16.

A los fines de diferenciar la incidencia de patologías entre las adolescentes precoces y las restantes las subdividimos en 2 grupos etarios: A, de 14 a 17 años, inclusive, y B, de 18 a 20 años.

2. **Estado civil.** Observamos en el cuadro 1 que 46 % del grupo A eran solteras y 35 % casadas, en tanto que en el B los porcentajes se distribuyeron en forma prácticamente igual. El porcentaje de pacientes solteras para el grupo total se calculó en 44 %.

CUADRO 1
Pacientes por grupo según estado civil

	Grupo A		Grupo B	
	Nº	%	Nº	%
Solteras	17	45,94	27	42,85
Casadas	13	35,13	29	46,03
Ignorado*	7	18,91	7	11,11
TOTAL	37	100	63	100

* Por falta de datos.

3. **Control prenatal.** Entendemos por control prenatal al conjunto de métodos y técnicas que se aplican a la mujer embarazada durante la gestación para obtener el óptimo grado de salud de la madre y del producto del embarazo.⁽⁴⁾ Según el número de consultas realizadas lo dividimos en: a) sin control: 0 consulta; b) insuficiente: 1 a 3; c) regular: 4 a 6; d) óptimo: 7 a 10. Siguiendo esta clasificación, en el cuadro 2 vemos que un alto porcentaje no realizó control o el mismo fue insuficiente.

CUADRO 2
Pacientes por grupos según número de
controles prenatales

Nº de controles	Grupo A		Grupo B	
	Nº de pacientes	%	Nº de pacientes	%
0	21	56,75	39	61,90
1-3	15	40,54	17	26,98
4-6	1	2,70	6	9,52
7-10	0	0	1	1,58

4. **Recién nacidos.** Se analizaron los pesos de los recién nacidos de ambos grupos, calculando el peso medio y dispersión para cada uno de los grupos como lo expresa el cuadro 3. Llama la atención la dispersión encontrada en el grupo B.

Se estudió la incidencia de prematuridad; ésta fue de 25 % para el grupo total, correspondiendo 7 % al grupo A y 18 % al B. Analizando la incidencia de esta patología en cada uno de los grupos, encontramos en el A valores de 19 %, a diferencia del B, que fue de 29 %.

CUADRO 3
Recién nacidos por grupo según peso

	Grupo A	Grupo B
$\bar{X}$	3.083	2.967,41
p	476,62	783,51

$\bar{X}$ Peso medio.
 p Dispersión.

En el cuadro 4 mostramos la relación existente entre prematuridad y estado civil, observando que los valores encontrados son iguales entre casadas y solteras.

Mencionamos que el cálculo de edad gestacional se realizó por el método de Capurro.

Para el pronóstico del recién nacido es importante determinar el score de Apgar con que fueron evalua-

dos, considerando recién nacidos vigorosos aquellos con Apgar de 7 ó mayor; deprimidos leves, de 4 a 6, y graves, de 3 ó menor. Los datos obtenidos se observan en el cuadro 5.

CUADRO 4
Pacientes por estado civil según edad gestacional

	Solteras	Casadas	Ignoradas
Pretérmino	11	10	4
Término	33	32	10

CUADRO 5
Recién nacidos por grupo y edad gestacional
según Apgar

	Grupo A		Grupo B	
	Término	Pretérmino	Término	Pretérmino
Vigorosos	29	6	45	11
Deprimidos leves	—	2	—	2
Deprimidos graves ...	—	—	1	3
Mortinatos	1	—	—	1

Vemos en el mismo que sólo 2 recién nacidos del grupo A de pretérmino presentaron depresión leve y los 35 restantes fueron vigorosos. En el B, 2 recién nacidos mostraron depresión leve y 3 depresión grave en los de pretérmino. Un recién nacido de término presentó depresión grave. En los 2 grupos se registró 1 mortinato, de término en el A y de pretérmino en el B, no hallando los factores causales.

Es importante computar mediante la curva de Lubchenco a los recién nacidos para determinar si presentaban peso adecuado o bajo para la edad gestacional. En el grupo A, sólo 1 resultó de bajo peso (2 %), a diferencia del B, en el que 8 tuvieron esta característica.

En el cuadro 6 relacionamos a los recién nacidos de ambos grupos según edad gestacional con las distintas patologías que presentaron las gestantes.

CUADRO 6
Recién nacidos por grupos, edad gestacional, morbilidad y mortalidad según patología materna

	Nº T	%	Grupo A								Grupo B							
			RN término				Pretérmino				RN término				Pretérmino			
			PA	BP	MI	MB	PA	BP	MI	MB	PA	BP	MI	MB	PA	BP	MI	MB
Gestosis leve	6	17	3	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	1	1	—	—
Gestosis grave	2	6	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—
Eclampsia	1	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1
Rotura prematura de membranas	9	26	3	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1	—	5	—	1	1
Metrorragia	1	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—
Trabajo de parto prematuro	16	46	—	—	—	—	7	—	—	2	4	—	1	—	5	4	4	2
Subtotal patología	35	100	6	—	—	—	7	—	—	2	4	—	1	—	12	6	6	4
Sin patología	65		23	1	1	—	—	—	—	—	39	2	—	—	—	—	1	—
TOTAL	100		29	1	1	—	7	—	—	2	43	2	1	—	12	6	7	4

RN: Recién nacidos.
PA: Peso adecuado edad gestacional.
BP: Bajo peso edad gestacional.
MI: Mortalidad.
MB: Morbilidad.

En el cuadro 6 observamos que 35 % del total de las pacientes presentó patología, la mayor incidencia correspondió al trabajo de parto prematuro, siguiendo en frecuencia la rotura prematura de membranas y la gestosis leve. Las restantes patologías tuvieron baja incidencia.

En el grupo A la patología materna fue baja, no ejerciendo influencia en el score de Apgar ni en el peso al nacer de los neonatos. El trabajo de parto prematuro se dio en 19 % (7 casos). En el B, 2 recién nacidos de término de las pacientes con gestosis leve y grave fueron de peso adecuado, mientras 1 recién nacido de pretérmino de bajo peso que falleció posteriormente, la madre había presentado gestosis leve. En este mismo grupo se presentó un caso de eclampsia con 1 recién nacido deprimido que evolucionó favorablemente. El trabajo de parto prematuro y la rotura prematura de membranas se presentó en igual porcentaje en neonatos de pretérmino (8 %), el parto prematuro arrojó el mayor índice de morbilidad. Si comparamos ambos grupos vemos que en el primero el índice de patologías es bajo, pero el porcentaje de prematuridad es 5 % mayor que en el B. No encontramos mortalidad por esta patología, la que sí aparece en el B con 4 casos para un total de 9.

La morbilidad perinatal del grupo A fue de 8 %, y de 17,46 % en el B, siendo esta diferencia estadísticamente significativa; la morbilidad general de la muestra (100 casos) arrojó un valor de 14 %. La morbilidad en el grupo A estuvo dada por la prematuridad (2 casos), igual número encontramos en el B para la misma patología, debiendo sumarse 2 casos, 1 con rotura prematura de membranas y otro en una eclampsia convulsiva. La mortalidad en el grupo A estuvo dada por un mortinato, no hallando patología materna, en tanto que en el B, 6 se relacionaron con enfermedad materna.

DISCUSION

Los problemas de salud materno-infantil, así como el bienestar familiar, afectan fundamentalmente a individuos de determinados grupos de edad. Estos grupos y sus familias están expuestos a riesgos que ejercen un impacto en los procesos de crecimiento, desarrollo y reproducción. Las causas deben buscarse en factores ligados al subdesarrollo socioeconómico y cultural, al incremento demográfico y a la dificultad de proporcionar servicios sociales y de salud adecuados.⁽¹⁶⁾

La adolescente cuando más pronto haya alcanzado su madurez sexual, presenta mayor riesgo de embarazo, no sólo porque sea fecundable, sino porque puede ir acompañada de un adelanto en las formas de conducta y llegar antes al inicio de relaciones sexuales. A esta precocidad se le añade la ignorancia de la fisiología femenina.⁽¹⁷⁾

Sin lugar a dudas, el porcentaje de embarazos es mayor en las adolescentes a medida que éstas progresan en edad, dato concordante con el referido por otros autores^(1, 7, 19) como por nosotros. La edad promedio de nuestra muestra fue de 17,95 años, la que es elevada, dado que el mayor número de pacientes pertenecen al grupo B; sin embargo, Berardi y col.⁽¹⁾ citan la máxima frecuencia entre los 15 y 16 años, debido quizás a que los autores consideran adolescentes hasta los 17.

La incidencia de partos en adolescentes en el primer cuatrimestre de 1985 en nuestra maternidad fue de 16 %, valor algo menor al citado por Hollinworth⁽¹⁸⁾ que refiere porcentajes de 17 a 20; dicho autor considera la adolescencia hasta los 18 años, lo que confirma que en nuestro medio la incidencia de partos para este grupo de pacientes es menor.

Se han determinado estadísticamente cuáles son las condiciones más favorables para la reproducción del ser humano y, por tanto, las que implican menor riesgo para la madre y su homógeno; siendo dichos parámetros la edad entre 21 y 29 años; talla: 1,60 ó más; salud física, mental y social; ausencia de estigmas o secuelas de enfermedades; paridad de 4 hijos o menos; período intergenésico mayor de 2 años y menor de 6; adecuada ingesta transgestacional y atención médica prenatal precoz, continua y periódica.⁽⁶⁾ Por lo tanto, debemos considerar el embarazo en adolescentes como de mayor riesgo.

La edad materna y el cuidado perinatal revelaron la influencia del riesgo de tener recién nacidos pequeños para la edad gestacional, un pobre control prenatal reveló mayor afectación para primíparas de edad más joven, mientras lo contrario se vio para múltiparas. Se observó que el control prenatal precoz mejoró exitosamente el embarazo en adolescentes jóvenes con respecto de las mayores o adultas.⁽⁵⁾ Teniendo en cuenta que el control prenatal intensivo reduce el riesgo perinatal,^(1, 7, 19) observamos que la morbilidad perinatal de nuestra serie fue de 14 %, la que podría haberse reducido si estas pacientes hubieran sido detectadas y controladas durante el embarazo por un equipo multidisciplinario de trabajo, ya que 90 % de la muestra no realizó control o el mismo fue insuficiente. Cabe citar en este punto la importante influencia que debería ejercer la educación impartida a nivel primario sobre higiene y puericultura, además de implementar medidas a nivel comunitario de promoción de la salud. El bajo nivel socioeconómico está estrechamente relacionado con esta situación, necesitando la disposición de recursos para cortar este circuito reverberante.

Sabemos que tanto el consumo de alcohol, tabaco o drogas en mujeres embarazadas lleva a la prematuridad y recién nacidos de bajo peso en buen porcentaje de casos;^(12, 13) en la muestra estudiada no hallamos ningún tipo de adicción debido quizás al temor de revelar estos datos, por falta de acceso a los mismos dado el nivel socioeconómico al que pertenecen (medio y bajo), o por mala investigación por parte de los médicos.

La prematuridad es reportada con mayor frecuencia en adolescentes,⁽⁴⁾ siendo aun mayor en las menores de 15 años.^(1, 18) Perkins y col. en su estudio comparan los índices de prematuridad en pacientes de 14 a 17 años enroladas en el programa de control prenatal intensivo, hallando valores que oscilan entre 9,5 y 16,7 %, mientras en el grupo no comprendido en el programa los valores fueron de 12 a 33 %.⁽¹³⁾ En nuestra muestra la incidencia fue de 25 %, correspondiendo 18 % al grupo B, datos contrarios a los formulados por los autores anteriormente mencionados. En el cuadro 3 observamos que la dispersión de peso encontrada en el grupo B (783,51) es mayor que en el A (476,61); se puede relacionar esta diferencia con la mayor incidencia de prematuridad hallada en el B. También deberá

tenerse en cuenta la clase social, ya que la prematuridad es más frecuente en las clases bajas,⁽¹⁰⁾ pero pocos son los estudios que tratan de determinar sus mecanismos, invocándose a la desnutrición, analfabetismo, factores físicos y psicológicos.⁽⁹⁾

Todas estas causas posibles de prematuridad están presentes en la muestra. También se citan mayores índices en madres solteras de raza blanca⁽¹⁰⁾ en nuestra muestra las solteras fueron de 44 %, no hallando diferencias en la incidencia de prematuridad entre casadas y solteras (cuadro 4). No debemos olvidar que ciertas patologías maternas también son responsables como el embarazo múltiple, eclampsia, placenta previa y desprendimiento placentario.⁽¹⁰⁾ Sin embargo, nosotros notamos que la rotura de membranas y el trabajo de parto prematuro fueron los responsables mayores de prematuridad. Coincidimos con Tandu Umba y col.⁽¹⁹⁾ que debido a un control prenatal inadecuado, no se puede instalar precozmente un tratamiento adecuado para evitar la prematuridad.

Sabemos que los niños con insuficiencia ponderal al nacer sufren una mayor mortalidad que aquellos que lo hacen con peso más favorable.^(11, 21, 22) Si se tiene en cuenta el mal estado de nutrición de una gran proporción de mujeres en la mayoría de los países en desarrollo, no ha de sorprender que éstos contribuyan con más de 94 % de la totalidad de los niños con insuficiencia ponderal.^(6, 22) Fielding informó que la cantidad de neonatos de bajo peso al nacer en mujeres de 15 años es el doble (13,5 %) que en las de 20 a 24 (6,9 %), mientras Duenhoeiter y Perkins no hallaron estas diferencias.^(12, 25) Nosotros observamos que sobre 9 % de recién nacidos de bajo peso ($\leq$ 2.500 g), 8 % se presentó en el grupo B, al igual que el mayor número de deprimidos. La morbilidad perinatal fue de 17,46 % para el B y de 8,1 % en el A.

Haciendo una revisión general a todo lo antes mencionado, podemos decir que en el grupo B se observó el mayor índice de patologías maternas, recién nacidos prematuros, de bajo peso para la edad gestacional y deprimidos moderados o graves, siendo estos

datos discordantes con los relatados por otros autores, que los refieren en adolescentes precoces. Debemos, por lo tanto, fomentar la realización de cuidados prenatales a todas las embarazadas adolescentes sin discriminación de edad.

Sin lugar a dudas las adolescentes deben ser consideradas de alto riesgo obstétrico, no tanto por sus condiciones orgánicas, sino por las consecuencias del descuido y desatención durante la gravidez. Esto se debe al desconocimiento de los cuidados prenatales, a la inmadurez de la personalidad y en especial al carácter furtivo de la gravidez, la que ocultan a veces durante meses,⁽²⁰⁾ lo que aumentará el riesgo perinatal, recordando que las generaciones futuras nacerán en un alto porcentaje de madres adolescentes. Por lo tanto, se torna imprescindible realizar cuidados a las adolescentes para prevenir riesgos en los recién nacidos mediante:

1. Educación para la salud en la adolescencia, dados los cambios físicos y sicosociales que en este período se producen.
2. No escatimar esfuerzos en la educación sexual, proporcionando conocimientos anatómicos, fisiológicos y hacer notar que la sexualidad debe enfrentarse con madurez, respeto y responsabilidad.
3. Crear equipos multidisciplinarios médicos y paramédicos en los centros asistenciales para la atención de las adolescentes embarazadas. El funcionamiento de estos equipos debe estar respaldado con programas educativos que enfatizan en la consulta precoz de la embarazada. Es importante la labor de la asistente social, docentes y de la comunidad en general, ya que se tendrán que arbitrar los medios para que la madre joven se reintegre nuevamente a la sociedad con las mismas posibilidades que poseía previamente a la gestación, y así el nuevo ser pueda crecer y educarse en un medio apropiado.

BIBLIOGRAFIA

1. Abdul Karim, R. W.; Beydun, S. N.: "Parto prematuro". En Iffy, L.; Kamineszky, H. A.: "Obstetricia y perinatología. Principios y prácticas". Ed. Panamericana, Buenos Aires, 1985; 1461-1472.
2. Abdul Karim, R. W.; Yambao, T. J.: "Retardo de crecimiento intrauterino". En Iffy, L.; Kamineszky, H. A.: "Obstetricia y perinatología. Principios y prácticas". Ed. Panamericana, Buenos Aires, 1985; 1473-1481.
3. Berardi, J. C.; Frydman, R.; Helvin, G.; Cornu, D.: "El embarazo de la adolescente". Arch. Fr. Pediatr., 37:XXI-XXIV, 1980.
4. Carrington, E. R.: "Problemas medicosociales en la adolescencia". En: Nelson, W. E.; Vaughan, V. C.; Mc Kay, R. J.: "Tratado de pediatría". Ed. Salvat, Barcelona 1980; 1437-1438.
5. Cavanagh, D.; Knuppel, R. A.: "Preeclampsia y eclampsia". En: Iffy, L.; Kamineszky, H. A.: "Obstetricia y perinatología. Principios y prácticas". Ed. Panamericana, Buenos Aires, 1985; 1280-1298.
6. Díaz del Castillo, E.: "Perinatología y subdesarrollo". Bol. Of. Sanit. Panam., 84:427-440, 1978.
7. Elster, A. B.: "The effect of maternal age, parity and prenatal care on perinatal outcome in adolescent mothers". A. J. Obst. Gynec., 149:845-847, 1984.
8. Hollingsworth, R. J.: "La adolescente embarazada, problema sociológico con consecuencias médicas". En: Burrow, G. N.; Ferris, T. F.: "Complicaciones médicas durante el embarazo". Ed. Panamericana, 2ª edición, Buenos Aires, 1984; 591-609.
9. Johnson, J. W. C.; Dubin, N. H.: "Prevención del parto prematuro". Clin. Obst. Gynecol., 1:49-70. Ed. Interamericana, México, 1980.
10. Kalreider, F.; Kohl, S.: "Epidemiología del parto antes de término". Clin. Obst. Gynecol., 1:17-31. Ed. Interamericana, México, 1980.
11. Klein, R. E.; Arenales, P.; Engle, P. L.; Guzmán, G.; Irwin, M., y col.: "Efectos de la nutrición materna sobre el crecimiento fetal y el desarrollo del niño". Bol. Of. Sanit. Panam., 83:24-40, 1977.
12. Lee, R. V.: "Abuso de drogas". En: Burrow, G. N.; Ferris, T. F.: "Complicaciones médicas durante el embarazo". Ed. Panamericana, 2ª ed. Buenos Aires, 1984; 583-590.
13. Naeye, R. L.: "Consumo de cigarrillos y evolución del embarazo". Clin. Gynecol., 6 (3):26-34. Ed. Salvat, Barcelona, 1982.
14. O. M. S.: "Problemas de la salud de la adolescencia". Serv. Inf. Técn., 308, 1965.
15. Perkins, R. P.; Nakashima, F. I.; Mullin, M.; Dubansky, L. S.; Lee Chin, M.: "Intensive care in adolescent pregnancy". Obst. Gynecol., 52:179-188, 1978.
16. Roselot Vicuña, J.: "La salud del adolescente y del joven en América Latina y el Caribe". Bol. Of. Sanit. Panam., 83:295-308, 1977.
17. Russo, N. L.; Santamónica, L.; Tofo, A.; Nouzaret, N.; Axenfeld, J.; Das Neves, I.: "Adolescencia y embarazo". Arch. Arg. Ped., 81:58-63, 1983.
18. Sisson, T.; Russo, J.: "Embarazo en la adolescente". En: Iffy, L.; Kamineszky, H. A.: "Obstetricia y perinatología. Principios y prácticas". Ed. Panamericana, Buenos Aires, 1985; 1386-1389.
19. Tandu-Umba, N. F.; Yanga, K.; Mpulu, Z.: "Perfil obstétrico de la maternidad precoz en Kinshasa (Zaire)". J. Gyn. Obst. Bol. Repr., 12:873-877, 1983.
20. Thonet, C.: "Embarazo en adolescentes solteras". Rev. Med. Chile, 111:293-296, 1983.
21. Uriza Gutiérrez, G.: "Embarazo en adolescentes". Rev. Colomb. Obst. Gynecol., 36:102-114, 1983.
22. Villar, J.; Bellizan, J. M.; Hurtado, E.; Neves, I.; Aral, S.; Guinan, M. E.: "La mujer en la salud y el desarrollo. Algunos problemas de salud de la mujer en el tercer mundo". Bol. Of. Sanit. Panam., 93:327-340, 1982.