

I. ASPECTOS OBSTETRICOS DE LA ADOLESCENTE

Dra. Raquel L. Martín, Ayudante de la 1ª, Dedicación Simple, Cátedra de Clínica Obstétrica, Facultad Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Cuyo, junio, 1988. Mendoza, Argentina.

Dr. Pascual A. Taccone, Profesor Titular, Cátedra de Clínica Obstétrica, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Cuyo, junio, 1988. Mendoza Argentina.

RESUMEN

En este estudio, realizado sobre 268 adolescentes que ingresaron a la Maternidad "José F. Moreno" del Hospital Lagomaggiore de Mendoza en el tercer trimestre de 1987, se analizó el riesgo perinatal de la asociación adolescencia-embarazo, comparando con un grupo control de 100 adultas tomadas al azar.

Se evaluó al embarazo, parto, puerperio y al feto-neonato de ambos grupos, llegando a la conclusión de que el parto de pretérmino es la principal complicación en el grupo de las adolescentes (21 %), lo cual se refleja en un porcentaje alto de recién nacidos de bajo peso (16 %). También demostramos que las jovencitas son excelentes parturientas (82 %) y con baja complicación puerperal (2 % endometritis). La morbilidad perinatal fue similar a la registrada en las adultas (30 %).

Afortunadamente, no hubo muertes maternas.

SUMMARY

In this Study, practiced in 268 adolescents that entered the "José F. Moreno" Maternity (Lagomaggiore Hospital) from Mendoza in the third term of 1987, we analyzed the perinatal risk of pregnancy and adolescence association comparing this with a control group of 100 adults taking unforeseen.

We evaluated the pregnancy, childbirth, childbed and fetus-newborn of both group, coming to the conclusion that the premature childbirth is the principal complication in the group of adolescents (21 %), which is reflected in the high percentage of low weighed newborn. Besides we prove that the adolescents are excellent parturients (82 %) and with low childbed complication (endometritis 2 %). The perinatal morbimortality was similar in both group (30 %).

OBJETIVO

Dado que en los últimos años se ha observado un incremento notable de la actividad sexual en las adolescentes, ello se ha reflejado en un mayor número de embarazos en esta etapa de la vida de la mujer.⁽¹⁾ Como al final de la adolescencia es cuando las jovencitas alcanzan la madurez física y sexual, es que siempre se ha considerado a la presencia de la gestación en ellas como un factor de riesgo obstétrico.⁽²⁾ Es por este motivo que hemos creído conveniente investigar si realmente la asociación embarazo-adolescencia es un verdadero factor de riesgo perinatal.

MATERIAL Y METODO

Estudiamos en forma prospectiva a 268 adolescentes que concurrieron a la Maternidad "José F. Moreno" del Hospital Lagomaggiore de Mendoza, en el tercer trimestre de 1987, y utilizamos como grupo control a 100 pacientes adultas tomadas al azar. Consideramos como adolescentes a las jovencitas comprendidas entre los 10 y 19 años (O.M.S.).⁽¹⁾

Decidimos comparar en ambos grupos, parámetros de cuyo análisis nos permitiera concluir lo mencionado en el objetivo de este trabajo, o sea comparar si realmente la asociación embarazo-adolescencia es un factor de riesgo.

ANALISIS DE AMBOS GRUPOS

De 2.305 pacientes que ingresaron a la maternidad en el período de tiempo aludido anteriormente, 268 fueron adolescentes (12 %). Este grupo fue comparado con otras 100 pacientes adultas tomadas al azar, habiendo observado los siguientes resultados.

1. Estado civil

	Solteras	Casadas
Adolescentes	65 %	35 %
Adultas	26 %	74 %

Como vemos, el porcentaje de soltería es alto en las adolescentes. Esta condición civil determina en muchos casos ocultamiento de la gestación al comienzo y luego al quedar en evidencia el embarazo se generan todas las connotaciones conocidas, o sea abandono de la escuela, matrimonios precipitados entre adolescentes, conflictos familiares, falta de control prenatal, etc., que supone riesgo perinatal.

2. Consulta prenatal

	Eficiente	Ineficiente
Adolescentes	41 %	59 %
Adultas	56 %	44 %

En realidad no existe diferencia significativa en este parámetro, ya que nuestra maternidad es un centro asistencial abierto a la comunidad, con un porcentaje bajo de controles prenatales condicionado por factores socioeconómicos.⁽⁷⁾

3. Paridad

	Nuliparas	Multiparas
Adolescentes	74 %	26 %
Adultas	15 %	85 %

Era de esperar un alto porcentaje de nulíparas en las adolescentes, habiendo sido la gestación una sorpresa en los comienzos de su vida sexual, ya sea por falta de educación sexual y de conocimiento anticonceptivo, o bien, en ciertos casos en forma consistente cuando existieron sentimientos de disgusto o ira hacia su propia madre.⁽⁶⁾

4. Complicaciones perinatales

Con frecuencia se lee en tratados de obstetricia y publicaciones que la adolescencia a los fines de la reproducción, supone un organismo que todavía no ha alcanzado el total desarrollo físico-fisiológico, en especial en el área pelvigenital, y que ello determina una falta de madurez para procrear.

Analizando los resultados perinatales registrados en el embarazo, parto, puerperio y recién nacidos, observamos en los dos grupos estudiados los siguientes resultados:

A. Complicaciones en el embarazo

Se observa en ambos grupos que no hay diferencia significativa de las complicaciones gravídicas. No obstante ello, el parto de pretérmino es una complicación dominante en el grupo de las adolescentes.

	Adolescentes		Adultas	
Parto pretérmino	55	21 %	12	12 %
R.P.M.	25	9 %	8	8 %
H.I.E.	17	6 %	6	6 %
Aborto	11	4 %	3	3 %
Infección urinaria	3	1 %	1	1 %
A.P.P.	3	1 %	2	2 %
Condilomas	2	0,7 %	—	0 %
Placenta previa	1	0,4 %	2	2 %
Con complicación	66	25 %	24	24 %
Sin complicación	202	75 %	76	76 %

B. Atención del parto

	Adolescentes		Adultas	
Parto espontáneo	82	%	69	%
Fórceps	2	%	4	%
Cesárea	16	%	27	%

Estos guarismos indican que las adolescentes son excelentes parturientas y los resultados no coinciden con aquellos autores que sugieren que la incidencia de cesárea es mayor en ellas y ocasionada por pelvis no desarrollada.⁽⁶⁾ Las indicaciones más frecuentes de cesárea en las adolescentes fue la presentación pelviana y la desproporción pélvico-fetal, tanto que en las adultas fueron la cesárea previa y el sufrimiento fetal.

La frecuencia de fórceps fue baja en ambos grupos.

La morbilidad puerperal, evaluada en términos de endometritis fue baja, 2 % para las adolescentes y 1 % para las adultas. Además es bueno consignar que no hubo ninguna muerte materna.

C. Resultados feto-neonatales

Los recién nacidos de las 268 adolescentes fueron 262, ya que hay que tener en cuenta que 11 jovencitas abortaron, 1 tuvo un parto triple y otras 3 pacientes tuvieron partos dobles. En las 100 adultas se consignaron 98 nacimientos, puesto que 3 abortaron y 1 paciente tuvo un parto doble.

Los resultados en cuanto a depresión neonatal y muerte perinatal fueron los siguientes:

	Adolescentes		Adultas	
Recién nacidos vigorosos ..	243	93 %	92	94 %
Recién nacidos deprimidos ..	16	7 %	6	6 %
Muerte fetal	3	1,1 %	—	0 %
Muerte neonatal	5	1,9 %	3	3 %
Mortalidad perinatal	8	30,5 ‰	3	30,6 ‰

Los datos precedentes indican que no hay en estos dos grupos de pacientes diferencias significativas en cuanto a depresión neonatal y mortalidad perinatal.

Otro dato de interés observado fue el bajo peso al nacer: recién nacidos de menos de 2.500 gramos, que en las adolescentes registró una incidencia del 16 %, tanto que en las adultas fue de 10 %.

DISCUSION

La adolescente embarazada representa una situación que debe ser considerada con sentido común, solidaridad, y una gran cuota de respeto hacia la condición humana.

Habitualmente el embarazo sobreviene en ellas como consecuencia de relaciones sexuales que se desean pero que se temen a la vez,⁽¹⁾ en una etapa de la vida en que la gestación y el parto alteran el desarrollo psicosocial de la jovencita. En estas situaciones, ella no siempre cuenta con el aval de su pareja o familia y debe cuidar uno o más niños por sí misma, en una etapa todavía cerca de su infancia.⁽⁸⁾ Ella es la única que recibe el impacto de un embarazo no planeado,⁽⁵⁾ como producto en la mayoría de los casos de la falta de conocimientos sobre el desarrollo físico-fisiológico y emocional que debería tener a esa altura de la vida, y que es producto de la falencia que en materia educativa padece la sociedad de nuestro país.

En la actualidad, aproximadamente 50 % de las adolescentes son sexualmente activas.⁽⁵⁾ Los motivos son muy conocidos, tales como el adelanto de la pubertad a un promedio de los 12,5 años; prolongación subsecuente de la adolescencia, las relaciones sexuales precoces, la gran libertad sexual en jóvenes totalmente desinformadas al respecto, la tendencia actual social a retrasar el matrimonio,⁽²⁾ las normas actuales de vida que son más proclives a la comunicación y convivencia de las adolescentes (reuniones: sociales, deportivas, educativas), etc.

Todos estos factores predisponen a una situación que habitualmente no es la buscada, y es entonces como sobreviene ese embarazo no deseado y conflictivo y que determina los problemas tan conocidos.

La Asociación Adolescencia y Embarazo registra en la literatura mundial una frecuencia de 15 a 20 %

y en la Argentina de 18 %, un poco más alta que la registrada en nuestro medio. Dicho embarazo ha sido considerado como un riesgo perinatal, en razón de transcurrir en un organismo que todavía está cumpliendo su desarrollo.

Las estadísticas asocian a la adolescencia a cifras altas de H.I.E. (hipertensión inducida por el embarazo), parto prematuro, retardo del crecimiento intrauterino y enfermedades de transmisión sexual.⁽¹⁾ En nuestros casos la H.I.E. registró cifras habituales (6 %), tanto como el parto pretérmino (21 %) y los R.N.B.P. (recién nacidos de bajo peso) (10 %).

Es evidente que la problemática de la adolescente radica en la educación o información que debe recibir antes y durante la adolescencia. Es necesario que la adolescente conozca que la ovulación y la consecuente posibilidad de concepción puede ocurrir poco después de la menarca,⁽⁴⁾ por lo tanto no se la puede informar a destiempo. Estas jovencitas por lo general desconfían de los adultos y los médicos porque habitualmente las respuestas no satisfacen totalmente sus inquietudes. Con las adolescentes hay que mostrar una actitud más comprensiva y colocarse al lado, no frente a ellas. Es bueno que la primera fuente de información sean sus padres (a su vez bien informados) y que los otros medios de información actúen como apoyo o consulta.

La información debe ser amplia, tocando aspectos anatómicos, fisiológicos, emocionales, comentando también el significado del noviazgo, el matrimonio y la familia. Sobre sexualidad, la adolescente debe saber que es una relación de amor y no sólo genital, y que es conveniente desarrollarla cuando el entorno social lo permita.

En última instancia hay que respetar la personalidad y las decisiones de las adolescentes, pero ayudando; y frente a los hechos hay que enseñarles las prácticas anticonceptivas cuidadosamente, a fin de evitar los embarazos no deseados y sus consecuencias.⁽²⁾

Finalmente es bueno apuntar como dice Horon:⁽³⁾ "El mayor riesgo de las adolescentes no se debe a su edad, sino a las características sociodemográficas en las cuales están insertas".⁽³⁾

CONCLUSIONES

1. El parto de pretérmino (21 %) es la complicación más importante que tuvieron las adolescentes. Es evidente que este factor está asociado al escaso control prenatal, ocultamiento prolongado de la gestación en las solteras y a todas las connotaciones socio-económico-emocionales y culturales que suponen la asociación que hemos analizado. Además, la alta incidencia de R.N.B.P. (16 %) está relacionada evidentemente con aquella complicación.
2. A estas jovencitas hay que ayudarlas, informarlas sobre sexualidad para que comprendan los cambios físicos, fisiológicos y emocionales propios de la edad. Esta información puede llegar de muchas formas, pero la mejor de todas es la información personalizada. Ella puede ser realizada por médicos, enfermeras, educadores e inclusive por adolescentes casi adultas ya formadas en estos menesteres. También es necesario llegar a los padres para enseñarles cómo deben informar sobre sexualidad a sus hijos ya que ésta debe ser la principal fuente de información que reciban.
3. Médicos, sicólogos, asistentes sociales, agentes sanitarios y docentes deben participar en la asistencia de las adolescentes en centros comunitarios y asistenciales. Estos centros deben desarrollar programas educativos y de control periódico. A la adolescente embarazada se la debe captar precozmente para inculcarle los beneficios que tiene para ella la consulta precoz, periódica y completa de su gestación.

BIBLIOGRAFIA

1. Votta, R. A., y Parada, O. H.: "Obstetricia". López Libreros, 4ª edición, 1988, pág. 727.
2. J. Adolesc. Health Care, 3: 120-23, set. 1983. "Factores asociados con disciplina en el uso de contraceptivos orales en una población de adolescentes".
3. Horon, I. L., y col.: "Peso natal en niños nacidos de mujeres adolescentes y adultas jóvenes". Am. J. Obstet. Gynecol., 146: 444-446, junio 15, 1983.
4. Luther, M. y col.: "Relación de la edad y desarrollo puberal con la ovulación en niñas adolescentes". Obstet. y Gynecol., 66: 542-544, oct., 1988.
5. Tyrer, L. B., y col.: "Métodos anticonceptivos en adolescentes". Clínicas Obstet. y Ginecológicas, Ed. Panamericana, México, set. 1977, pág. 663.
6. Zeiguer, B. K.: "Embarazo en la adolescencia". Ginecología Infanto Juvenil. Ed. Panamericana, Buenos Aires, Argentina, 1987, pág. 407.
7. Pera, M. H., y col.: "Prevención del riesgo perinatal en madres adolescentes". Revista de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Cuyo, Argentina, vol. IX, nº 3, pág. 12, 1986.
8. Sisson, I. R. C., y col.: "Embarazo en la adolescente". Obstetricia y Perinatología, Iffy Kaminetzky, tomo 11, Ed. Panamericana, 1985, pág. 1386.