

EMBARAZO EN LA ADOLESCENTE

*Dr. Fernando Grullón
 *Dr. Luis Grullón
 **Dr. José del C. Mojica Sánchez
 ° Dr. Valentín A. Mesa M.
 °° Dra. Rosaida Fañas Holguín.

INTRODUCCION

La adolescencia es una etapa trascendental de la vida del humano en la que se transforma biológica, psicológica y socialmente de niño en adulto. Caben en esta etapa separaciones temporales con fines didácticos y así se considera como pre-adolescencia los primeros tres años (de los 9 a los 12); adolescencia propiamente dicha entre los 13 y los 16 años, y post-adolescencia hasta los 19 años es la culminación de un proceso que lleva progresivamente a la adquisición de la madurez propia del adulto.

El embarazo en edades tempranas hace difícil cubrir las funciones de una adolescente en la cultura actual, provocando un conflicto familiar deformando la función de

la adolescencia, e impidiendo la formación de un hogar estable, y una continuidad en sus estudios lo que impedirá una buena preparación para cubrir sus propias necesidades.

Cuando una adolescente queda embarazada, suelen presentarse considerables trastornos en la función familiar, ocurren tanto en las clases socioeconómicas bajas como en las altas. Suele admitirse que las madres de las adolescentes pobres aceptan más fácil el embarazo de la hija, y muchas veces admiten el papel de criar a los nietos.

En la adolescente que se embaraza existe un cuadro complejo, que se inicia por las fantasías del amigo que puede o no casarse con ella y la rescate y el miedo a la respuesta de los padres y del amigo. Parte de este miedo guarda relación con la sensación que tiene la adolescente de haber obrado mal, y de los conflictos que han contribuido para quedar embarazada. No es raro el rechazo y la cólera de los padres, agregándose a esto que el compañero sexual no admite la responsabilidad del embarazo, y por lo tanto no quiere legitimizar la situación y casarse.

El reconocimiento del alto riesgo que representa el embarazo para la adolescente es un concepto relativamente reciente, al cual se le ha venido dando importancia luego de la década del 60, desde este momento el rápido crecimiento de ésta población y el aumento en frecuencia de embarazo en ellas ha dirigido nuestra atención hacia este grupo de la sociedad.

El descuido en la atención del embarazo, la gran incidencia de toxemia, parto prolongado, aumento de peso,

* Médicos ayudantes del departamento de Gineco-Obstetricia del Hospital Regional Universitario José María Cabral y Báez, Santiago, R. D.

** Médico ayudante del departamento de Gineco-Obstetricia del Hospital Pte. Estrella Ureña, Santiago, R.D.

° Médico residente del tercer año de Gineco-Obstetricia del Hospital Regional Universitario José María Cabral y Báez, Santiago, R. D.

°° Médico General.

prematuridad, desgarros cervicales y aumento en la frecuencia de cesárea, han dado pie a que se considere como embarazo de alto riesgo a la adolescente embarazada. Es por esto que nos proponemos investigar este grupo de pacientes para ver su comportamiento en nuestro medio.

MATERIAL Y METODO

Se revisaron 527 expedientes de pacientes adolescentes cuyos embarazos fueron atendidos en el Hospital Regional Universitario José María Cabral y Báez; desde enero 1981 hasta diciembre 1982. Escogimos aquellas pacientes que tenían 16 años cumplidos o menos y todas con la condición de que su embarazo culminó en el hospital.

Se analizaron los siguientes parámetros: Edad, antecedentes generales y obstétricos, complicaciones del embarazo, culminación del mismo, causas de distocias, complicaciones puerperales, peso de los recién nacidos, promedio de consultas prenatales, escolaridad, procedencia y estado civil.

RESULTADOS

—Durante los años 1981-1982 fueron atendidos 20,795 nacimientos en el Hospital Regional Universitario José María Cabral y Báez y controlados 527 adolescentes embarazadas, de éstas 463 llegaron a tener productos viables; 103 (22.25%) fueron cesáreas, 360 partos normales y 64 terminaron en abortos. Del total de los nacimientos 17.71% fueron productos de bajo peso (cuadro No. 1).

—Como se observa en el cuadro No. 2 la mayor incidencia de embarazos en las pacientes adolescentes se presentó a los 16 años, 259 casos, 171 para el grupo de 15 años, y dos casos en pacientes de 12 años.

—De las 527 pacientes estudiadas 457 (86.31%) cursaban su primera gestación mientras que 64 (12.14%) con la segunda y 6 (1.14%) con la tercera.

De las 64 pacientes que cursaban su segundo embarazo 42 tenían antecedente de parto eutócico, 10 (1.90%) de abortos y 12 (2.28%) tenían antecedentes de cesárea. Por otra parte de las 6 pacientes que cursaban con su tercer embarazo 5 habían tenido dos abortos y 1 había tenido un parto eutócico y un aborto previo (cuadro No. 3).

—De un total de 84 pacientes que presentaron alguna complicación durante el embarazo, la toxemia correspondió a 46 casos (54.12%) de ellas, 29 correspondieron a toxemia leve, 17 a severa y 2 a eclampsia (cuadro No. 4). La ruptura de membranas fue una de las complicaciones que con mayor frecuencia se presentó (26 casos) y en menor frecuencia el desprendimiento prematuro de placenta normoinsera (DPPNI), amniotitis, trabajo de parto prematuro y prolapso del cordón entre otras.

—La indicación más frecuente de interrupción del embarazo por operación cesárea fue la desproporción céfalo

Cuadro No. 1

EMBARAZO EN ADOLESCENTE

	No. Casos	%
Abortos	64	12.14
Cesárea	103	22.25
Parto	360	77.75
Productos bajo peso	82	17.71
Productos peso normal	381	82.29

Cuadro No. 2

EDAD DE LAS PACIENTES

Años	Casos	%
12	2	0.38
13	7	1.33
14	62	11.76
15	171	32.45
16	295	54.08
Total	527	100%

Cuadro No. 3

PARIDAD DE LAS PACIENTES

GESTACION	No. CASOS	%
G ₁ P ₀ A ₀ C ₀	457	86.71
G ₂ P ₁ A ₀ C ₀	42	7.97
G ₂ P ₀ A ₁ C ₀	10	1.90
G ₂ P ₀ A ₀ C ₁	12	2.28
G ₃ P ₀ A ₂ C ₀	5	0.85
G ₃ P ₁ A ₁ C ₀	1	0.19
TOTAL	527	100%

pélvica (DCP) con 29 casos, preeclampsia severa 15 casos, cesárea anterior 12, sufrimiento fetal agudo (SFA) 10 casos, entre otras, ver cuadro No. 5.

—Todas las cesáreas practicadas fueron segmentaria tipo Kerr; presentándose en 7 pacientes complicaciones

Cuadro No. 4
COMPLICACIONES DEL EMBARAZO

	CASOS	%
Toxemia	46	54.12
R.P.M.	26	30.60
Annionitis	3	3.53
D.P.P.N.I.	4	4.71
L. parto prematuro	2	2.35
Prolapso del cordón	2	2.35
Placenta previa	1	1.18
Polihidramnios	1	1.18
TOTAL	85	100%

Cuadro No. 5
OPERACION CESAREAS

INDICACION	CASOS	%
D.C.P.	29	28.16
Preeclampsia severa	15	14.56
Cesárea anterior	12	11.65
S.F.A.	10	9.71
S.F.A. + D.C.P.	9	8.74
R.I.M. + D.C.P.	8	7.77
Pélvica en primigesta	7	6.80
R.P.M. + inducción fallida	2	1.94
D.P.P.N.I.	4	3.88
Prolapso de cordón	2	1.94
Otros	5	4.85
TOTAL	103	100%

post-quirúrgica, en 4 pacientes infección de vías urinarias, 3 casos con endometritis y un caso de peritonitis con abscesos abdominales múltiples que produjeron la muerte de la paciente. Sólo en dos pacientes se aplicó forceps. De las 527 pacientes sólo 153 acudieron a la consulta médica prenatal y de estas 27 asistieron en 4 ó más ocasiones (cuadro No. 6).

—En cuanto al estado civil de las pacientes encontramos que sólo el 7.21% eran casadas (38 casos), y 489 casos solteras.

Cuadro No. 6
CHEQUEOS PRENATAL

No. DE CHEQUEOS	CASOS	%
1	35	22.88
2	55	35.95
3	36	23.53
4	13	8.50
5	8	5.23
6 o más	6	3.82
TOTAL	153	100%

Cuadro No. 7
ESCOLARIDAD

	CASOS	%
Sin instrucción	75	14.23
Primario	379	71.92
Intermedio	46	8.73
Secundario	24	4.55
TOTAL	527	100%

El 71.92% de las pacientes tenían un grado educacional primario, siendo el 14% analfabetas y sólo el 4.55% tenían una escolaridad secundaria (cuadro No. 7).

COMENTARIOS

A pesar de ser la toxemia la mayor complicación del embarazo en la adolescencia, si correlacionamos nuestros resultados con otros autores (cuadro No. 8) podemos observar una baja incidencia de esta en relación a dichos estudios.

Llama la atención la escasa aplicación de forceps y una alta incidencia de operaciones cesáreas (cuadro No. 9).

El peso encontrado en los productos estuvo acorde con lo reportado en la literatura consultada (cuadro No. 10)

CONCLUSION

1ro. El mayor número de pacientes se encontró en el grupo de los 16 años (54.08%), lo que puede corresponder al

Cuadro No. 8
TOXEMIA EN LA EMBARAZADA
ADOLESCENTE

AUTOR	No. CASOS	TOXEMIA %	ECLAMPSIA %
Ruiz Velasco	220	22	1
Aznar Ramos	110	29.8	0.07
Guerrero Ramos	332	20.7	0.9
Ahued A.	104	18.5	0.9
Chávez A.	371	24	—
Grullón F.	463	10	0.43

Cuadro No. 9
PESO DEL PRODUCTO EN EL EMBARAZO
DE LA ADOLESCENTE

AUTOR	No. CASOS	1500 A 2499 g. (%)	2500f. o + (%)
Ruiz Velasco	797	19.9	79.7
Aznar Ramos	354	18.8	81.0
Guerrero S.	336	19.2	80.0
Ahued A.	553	16.07	81.6
Chávez A.	371	22.37	—
Grullón F.	463	17.71	82.29

Cuadro No. 10
RESOLUCION DEL EMBARAZO EN LA ADOLESCENTE

AUTOR	No. CASOS	EUTOCICO %	DISTOCICO %	FORCEPS %	CESAREA %
Ruiz Velasco	1,000	76	23	10	9.3
Aznar Ramos	400	87	12.5	81	4.4
Guerrero S.	332	60	40	22	15
Ahued A.	535	73	23.7	14.2	9.5
Chávez A.	371	60	40	25.8	28.
Grullón F.	463		77.75	0.43	22.25

hecho de que a pesar de todas las consideraciones hechas en relación con el aumento de embarazos en la adolescencia, mientras más joven es la mujer menos factible es que se embarace, esto es debido a patrones sociales y biológicos conocidos.

2do. El hecho de que el 13.28 de las pacientes cursaban en segundo o tercera gestación y que el 2.28 tenían antecedentes de cesárea previa en su primer embarazo destaca que las relaciones sexuales fueron iniciadas a muy temprana edad de la vida.

3ero. Entre las complicaciones del embarazo la más frecuente fue la toxemia, aunque es un hecho prácticamente aseverado por todos los autores que han escrito sobre este tema, su etiología es aún oscura.

4to. En vista de que esta entidad responde a un estado de desnutrición y a una falta para reconocer sus fases iniciales de previsibilidad se considera que en este grupo de jó-

venes pacientes estos dos factores (desnutrición y mala atención prenatal) dan lugar al aumento de su incidencia.

5to. La incidencia de cesárea fue muy alta; y a pesar de la tendencia seguida hoy en día por muchos obstetras de sobreproteger a la madre joven y tratar de abreviar el período expulsivo con la aplicación de forceps, en nuestra revisión la utilización de este fue escasa.

6to. El bajo número de consulta prenatal se debió a que el 92.79% de las pacientes estudiadas eran solteras y a la tendencia a ocultar su embarazo por algún tiempo o hasta que el mismo sea evidente, así como al bajo grado educacional.

7mo. La mortalidad materna fue alta.

8vo. Incentivando la consulta prenatal podremos disminuir la morbi-mortalidad de éstas pacientes.

9na. Es de suma importancia introducir en nuestras escuelas la materia educación sexual ya que así se evitarían

tantos embarazos a temprana edad, los cuales suprimen etapas importantes de la maduración de la adolescente, imposibilitando la asistencia a la escuela y por lo tanto el desarrollo de una vocación.

RESUMEN

Se revisaron 527 pacientes embarazadas menores de 16 años, atendidas en el Hospital Regional Universitario José María Cabral y Cáez, durante los años 1981 y 1982.

Se analizaron su edad, antecedentes generales y obstétricos, complicaciones del embarazo, culminación del mismo, causas de distocia, peso de los recién nacidos, consultas prenatales, escolaridad, residencia y estado civil.

El mayor número de pacientes (54.09%) se encontraron en el grupo de los 16 años. el 86.71% fueron primigestas, hubo 84 complicaciones del embarazo siendo la toxemia la más frecuente 54.76%. El índice de cesárea fue mayor y el de aborto, menor que otras poblaciones obstétricas comparadas.

Enfatizamos en el estado civil así como en el grado educacional de las pacientes los cuales repercuten en un control prenatal inadecuado. Incentivando la consulta prenatal podremos disminuir la morbilidad de éstas pacientes.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Chavez Azuela, José. Control Obstétrico de la Adolescente embarazada, Asociación Mexicana de Ginecología y Obstetricia, Memoria del curso teórico ginecológica y obstetricia de la adolescente, pág. 40, 1982.
- 2.- Díaz del Castillo, Ernesto. Morbimortabilidad Perinatal Asociación Mexicana de Ginecología y Obstetricia, Memoria del curso teórico ginecológica y obstetricia de la adolescente, pág. 40, 1982.
- 3.- Abued Abued, José. Manejo del parto y puerperio de la adolescente, Asociación Mexicana de Ginecología y Obstetricia, Memoria del Curso teórico ginecológica y Obstetricia de la adolescente, pág. 13, 1982.
- 4.- Ballard, W. N. y Gold, E. Aspectos médicos y de salud de la reproducción en la adolescente, Clínica Obstetricia y Ginecología 14, 339, 1971.
- 5.- Guerrero, S. El riesgo del embarazo en la paciente adolescente. Ginecología y Obstetricia. México 37: 221, 1975.
- 6.- Iskas, C. R. Anticoncepción en la adolescente. Rev. Fac. Med. 24: 9. 1981.
- 7.- Ruiz, M. J. Problemas Obstétricos de la adolescencia. Ginec. Obstet., México. 35: 208, 1974.
- 8.- Ruiz Velasco, V. Gestación en la adolescente. Ginec. Obstetricia, México 35: 209, 1974.
- 9.- Zelnif M. y Kantner, J. R. First pregnancies in Woman aged 15-19. am. Plann. Perspect: 10-11, 1978.