

ESTUDIO COMPARATIVO DEL RIESGO OBSTETRICO Y PERINATAL ENTRE LA ADOLESCENTE MENOR DE 16 AÑOS Y LA DE MAYOR EDAD

Ana Rosa Cordero Fernández*

INTRODUCCION

La gestación en adolescentes se ha convertido en un importante problema de salud pública, por la relación que tiene no sólo con la morbilidad infantil, sino con una variada problemática que afecta a la adolescente, e incluso a su hijo después del primer año de vida. Esto ha generado gran interés en el estudio y manejo de este grupo de población. Tanto a nivel nacional como mundial existen numerosas recomendaciones de organismos como la OMS y la OPS para definir cuál es la problemática de estos grupos etarios. En nuestro país se ha iniciado, recientemente, un análisis de todos aquellos factores que atañen en su aspecto biomédico-social a la adolescente. Se espera contar a corto plazo, con un programa de atención integral y del área reproductiva, con el fin de poder atender adecuadamente, la demanda que en este sentido se viene generando por parte de este grupo de población. Como es necesario elaborar todo el proceso de normatización del manejo de la adolescente y como no puede traspolarse la metodología foránea, se hace imprescindible que nosotros conozcamos la realidad nacional, condición necesaria para poder plantear sobre bases sólidas, el tipo de atención que requieren, para el caso concreto, nuestras adolescentes embarazadas. Se sabe que un 30% de los embarazos de alto riesgo son en adolescentes (2) y la patología obstétrica es mayor a menor edad de la paciente (4-6-16). En Costa Rica, la fecundidad en la edad adolescente es un claro factor de riesgo en la mortalidad del niño; así como un porcentaje alto de niños agredidos y desnutridos, son hijos de este grupo de población (14-19). Debido a los factores anteriormente mencionados, es necesario realizar un análisis comparativo entre las adolescentes menores de 16 años y las de mayor edad. El fin es determinar los riesgos específicos a que se enfrentan estas jóvenes al embarazarse, y determinar si hay diferencias estadística-

mente significativas en ambos grupos. Igualmente, valorar la repercusión en el feto y en el recién nacido. Otro objetivo, es determinar si las pacientes de menor edad, tienen menor número de consultas prenatales en relación con las de mayor edad. La adolescencia se ha dividido en etapas (11-18-23):

Temprana: 10-15 años
Media: 16-18 ó 19 años
Tardía: 19-21 años

En este trabajo se consideró la muestra hasta los 19 años, debido a que para muchos autores es hasta esta edad que llega esa etapa de la vida (10-17).

MATERIAL Y METODOS

Se analizaron 100 expedientes de las adolescentes menores de 16 años y 100 más de adolescentes de 16 a 19 años que tuvieron su parto en el Hospital México, en el período de 1985 a 1987, seleccionándose la muestra al azar. Al primer grupo de población se le denomina como adolescencia temprana y al segundo como adolescencia media. Se comparan diferentes variables de ambos grupos de población, para cumplir los objetivos planteados. Las variables que se compararon fueron las siguientes:

- Número de consultas prenatales.
- Complicaciones en el embarazo, parto y puerperio.
- Clasificación del recién nacido: peso del producto, índice de Apgar a los 5 minutos, complicaciones en el neonato.

La comparación de variables se hizo utilizando la prueba de diferencia de proporciones, siguiendo el procedimiento recomendado por Spiegel-Murray (21). El grado de significancia es igual a 0.05 ó 0.01. Se seleccionó el puntaje de Apgar a los cinco minutos porque éste tiene mayor valor pronóstico, respecto a la morbilidad neonatal y posibles secuelas (1-3-7).

* Trabajo de Investigación para la Incorporación en la Especialidad de Obstetricia Hospital México

RESULTADOS

La edad promedio de las pacientes menores de 16 años, fue de 14.6 meses, y en el grupo de mayor edad fue de 17.9 meses. En la población menor de 16 años, el 56% de las pacientes no contaban con apoyo conyugal, en contraposición con sólo un 25% para las pacientes de mayor edad. En relación con la escolaridad, un 60% del grupo I (menores de 16 años) sólo cursó la primaria, ya fuera en forma completa o no. En el grupo II (16 a 19 años) un 62% cursó la secundaria. Con respecto al número de gestaciones en las menores de 16 años, todas fueron primigestas y en las de mayor edad un 19% presentaban el segundo o tercer embarazo. Evaluando el período intergestacional, en un lapso no ma-

yor de dos años para el primer grupo, se observó que un 18% de las pacientes repitieron su embarazo. En el otro grupo de edad, en un 24%. En las pacientes menores de 16 años, hubo cinco casos de violación, en contraposición con las de mayor edad, donde no se presentó ese problema.

CUADRO I
PORCENTAJE DE COMPLICACIONES
PRESENTADAS DURANTE EL EMBARAZO EN
AMBOS GRUPOS DE POBLACION

TIPO DE COMPLICACION	Pacientes adolescencia temprana	Pacientes adolescencia media
Ninguna	73	85
Amenaza parto prematuro	7	4
Hipertensión inducida por el embarazo, leve y moderada	5	5
Amenaza de aborto	3	2
Otras	12	4
TOTAL: 100	100	100

FUENTE: Expedientes clínicos-Hospital México

Cuadro II
DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LAS
PACIENTES SEGUN GRUPO DE EDAD EN
RELACION CON TIPO DE PARTO

TIPO DE PARTO	Pacientes adolescencia temprana	Pacientes adolescencia media
Extrahospitalario	1	0
Espontáneo	59	60
Cesárea	20	13
Inducto-conducción	12	14
Fórceps	8	13
TOTAL: 100	100	100

FUENTE: Expedientes clínicos-Hospital México

Gráfico I:
NÚMERO DE CONSULTAS PRENATALES
SEGUN GRUPO DE POBLACION ESTUDIADA

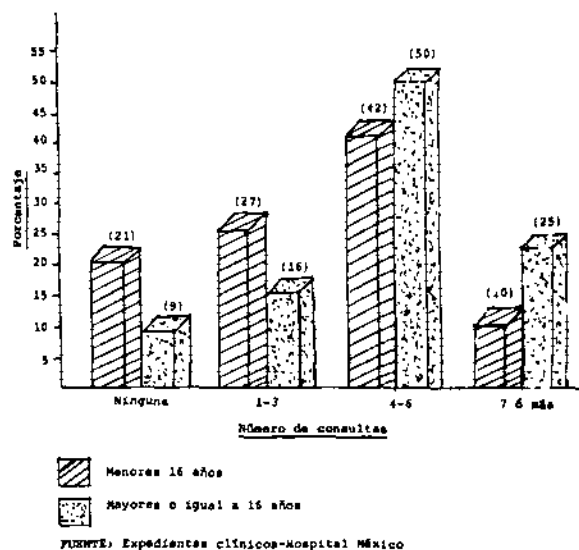
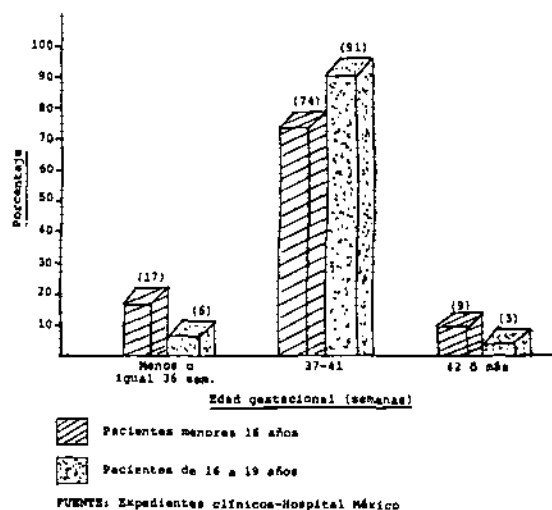


Gráfico II:
DISTRIBUCION SEGUN EDAD GESTACIONAL
AL MOMENTO DEL PARTO



El gráfico I muestra que el 21% de las pacientes menores de 16 años, no tuvieron ninguna consulta

prenatal; comparándolo con la otra población en estudio, las diferencias son estadísticamente significativas ($\alpha = 0.05$). En el cuadro I, observamos que un 27% de las pacientes menores de 16 años, tuvieron algún tipo de complicación durante el embarazo, en relación con un 15% para el grupo II. Estas diferencias son significativas estadísticamente ($\alpha = 0.05$). En relación con el tipo de parto, no hubo diferencias significativas entre ambas poblaciones (cuadro II). La desproporción céfalo-pélvica fue la principal causa que generó la cesárea, como se muestra en el cuadro III. Estas diferencias son estadísticamente significativas ($\alpha = 0.05$). El cuadro IV muestra que un 31% de las pacientes menores de 16 años, presentaron alguna complicación al momento del parto; esta diferencia es altamente significativa al compararla con el grupo de 16 a 19 años ($\alpha = 0.01$).

Cuadro III
DISTRIBUCION DE PACIENTES SEGUN CAUSA DE CESAREA

CAUSA DE CESAREA	Pacientes adolescencia temprana	Pacientes adolescencia media
Desproporción céfalo pélvica	13	5
Producto presentación pélvica	5	0
Cesárea anterior	0	2
Ruptura prematura membranas	1	2
Otras	1	4
TOTAL:	20	13

FUENTE: Expedientes clínicos-Hospital México

Cuadro IV
PORCENTAJE DE PACIENTES SEGUN TIPO DE COMPLICACION AL MOMENTO DEL PARTO

TIPO DE COMPLICACION	Pacientes adolescencia temprana	Pacientes adolescencia media
Ninguna	69	89
R.P.M.*	16	3
Desgarro canal del parto	5	2
Desgarro Cervical	4	2
Expulsivo prolongado	5	2
Otras	1	2
TOTAL	100	100

*R.P.M.: Ruptura Prematura de Membranas mayor de 12 horas
FUENTE: Expedientes clínicos - Hospital México

La principal complicación que presentaron fue la ruptura prematura de membranas; también las diferencias entre ambas poblaciones fueron altamente significativas ($\alpha = 0.01$). Del cuadro V, se desprende que un 18% de las pacientes menores de 16 años, presentaron algún tipo de complicación post-parto; al comparar esta variable con el grupo II, se encontraron diferencias estadísticamente significativas ($\alpha = 0.05$). En relación con el peso en gramos de los recién nacidos, no hubo diferencias en ambos grupos, como lo muestra el cuadro IV. Tampoco hubo diferencias en el puntaje de Apgar de los neonatos a los cinco minutos, ni en la clasificación peso para edad gestacional. En las dos poblaciones en estudio, hubo un óbito fetal y en las pacientes menores de 16 años hubo una malformación congénita, que correspondió a un síndrome de Down. En cuanto a las complicaciones en el recién nacido, no hubo diferencias entre los dos grupos en estudio (cuadro VII). Tampoco hubo mortalidad perinatal. El gráfico III nos muestra las diferencias de las principales variables del estudio, entre los dos grupos de edad.

Cuadro V
PORCENTAJE DE PACIENTES SEGUN TIPO DE COMPLICACION POST-PARTO

TIPO DE COMPLICACION	Pacientes adolescencia temprana	Pacientes adolescencia media
Ninguna	82	93
Endometritis	7	2
Anemia	7	2
Otras	4	1
TOTAL:	100	100

FUENTE: Expedientes clínicos - Hospital México

Cuadro VI
DISTRIBUCION DE PACIENTES SEGUN PESO DEL RECIEN NACIDO EN GRAMOS

PESO	Pacientes adolescencia temprana	Pacientes adolescencia media
1000 - 1500	2	1
1500 - 2500	10	11
2500 - 4000	87	86
4000	1	2
TOTAL:	100	100

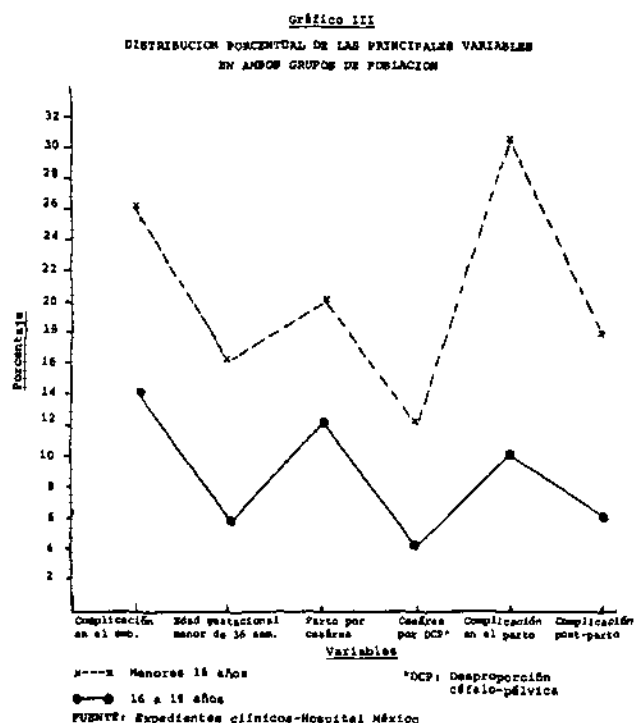
FUENTE: Expedientes clínicos-Hospital México

Cuadro VII

COMPLICACIONES EN EL RECIEN NACIDO DE LAS PACIENTES EN ESTUDIO

TIPO DE COMPLICACION	Pacientes adolescencia temprana	Pacientes adolescencia media
Ninguna	93	98
Sepsis	2	1
Hipoxia leve	2	0
Ictericia	3	0
Apnea neonatal	0	1
TOTAL: 100	100	

FUENTE: Expedientes clínicos-Hospital México



DISCUSION

Cada día el embarazo en las adolescentes se presenta a edades más tempranas. En este estudio hay pacientes de 11 y 12 años. Es importante discutir los diferentes factores que están condicionando este hecho; algunos autores han mencionado que ha contribuido a esto: la menarca cada vez más temprana, las mejoras nutricionales, influencia de los medios de comunicación en la actitud sexual de las adolescentes, (11-12). Más de un 50% de las pacientes menores de 16 años, no cuentan con apoyo

conyugal; esto coincide con algunos autores (16-24-25); a menor edad de la paciente, menor apoyo del progenitor. Si se valora en términos de la repercusión social y económica que esto representa, se comprende perfectamente el por qué el embarazo de las adolescentes se ha considerado como un verdadero problema de salud pública (22-23). En el grupo de 19 años o menos, en un 19% de los casos las pacientes iban a tener su segundo o tercer parto. Si a esto aunamos un período intergestacional corto (2 años o menos) en un porcentaje alto de las pacientes, es porque algo está fallando. En este estudio se obtuvo que un 5% de las pacientes estudiadas, quedaron embarazadas como producto de una violación; es difícil conocer el dato preciso a nivel nacional, debido a que en muchas ocasiones las familias ocultan el hecho. Sin embargo, lo importante es que cuando se detecte una paciente de éstas, se maneje por un grupo interdisciplinario, y se le dé mucho apoyo y comprensión. Un factor que incide directamente sobre el riesgo obstétrico de este grupo de población, es el número de consultas prenatales. Se clasificó de la siguiente manera (8):

Ninguna consulta	= 0
1 - 3 consultas	= mal control
3 - 6 consultas	= regular control
7 ó más consultas	= buen control

A pesar de contar en nuestro país con un sistema de salud universalizado y tener una cobertura a nivel nacional casi total, llama la atención el alto porcentaje de pacientes que no tuvieron control prenatal y cómo esta conducta predominó en el grupo de menor edad. En la literatura se ha evidenciado que parte del riesgo que la adolescente presenta al embarazarse, es por no seguir un adecuado control (12-20). Se podría explicar esta conducta, por un menor apoyo conyugal y una menor madurez psicológica, por parte de este grupo de población (menores de 16 años) (20). En la literatura se anota que en la adolescencia hay mayor número de complicaciones durante el embarazo, y que las mismas tienden a ser mayores a menor edad de las pacientes (9-12-13-15); este estudio coincide en esa afirmación. Las principales complicaciones que se presentan durante el embarazo: infecciones del tracto urinario, síntomas de parto prematuro, pre-eclampsia (15-16-20). La mayoría de estas patologías se presentaron en este trabajo. El parto tiende a presentarse a las 36 semanas o menos, con mayor frecuencia que en la población en general, (9-13-15). En este estudio se demuestra que en el grupo de menor edad, esa ten-

dencia es mayor. Sin embargo, no existe una explicación clara del por qué este hecho. No se observaron diferencias entre el tipo de parto, entre ambos grupos de población; esto coincide con lo reportado por Cascante F.(5) Si hubo un mayor número de cesáreas por desproporción céfalo-pélvica, en el primer grupo; esto podría explicarse, por un menor desarrollo óseo en general y de la pelvis específicamente. Molina et. al. (20), refiere que las adolescentes, en general, presentan mayor número de complicaciones al momento del parto y post-parto. Este estudio coincide con esa afirmación. La principal causa de complicación fue la ruptura prematura de membranas mayor de 12 horas. Sería interesante saber a qué se debe este fenómeno; sin embargo, en la literatura revisada, no se encontró una explicación a este hecho. Se debe anotar que no hubo diferencias en las variables analizadas, con el fin de evaluar la morbilidad perinatal. No hubo diferencias en el peso de los productos, en el puntaje de Apgar, en la clasificación del niño o en las complicaciones presentadas en los dos grupos de población. Esto no concuerda con lo reportado en la mayoría de la literatura (9-13-15-16). Sin embargo, Cascante F.(5) encontró resultados similares.

CONCLUSIONES

1) Las pacientes menores de 16 años tienen menor control prenatal. 2) En la adolescencia temprana, el apoyo conyugal es menor. 3) Las pacientes menores de 16 años, tienen mayores complicaciones durante el embarazo, parto y puerperio, que las de mayor edad. 4) No hay diferencias entre ambos grupos de población en relación con la morbilidad fetal y neonatal. 5) Por la frecuencia de resultados adversos a corto y largo plazo y la posibilidad cierta de influir favorablemente con acciones médico-sociales, este grupo merece una organización especial antes, durante y después del embarazo. Todas estas conclusiones, permiten cumplir con los objetivos fijados al inicio del estudio.

RECOMENDACIONES

1) La adolescente menor de 16 años debe ser considerada como de Alto Riesgo Obstétrico y, por lo tanto, debe manejarse en una consulta específica y por un equipo de salud capacitado. 2) Se debe incluir un programa sobre salud reproductiva y sexualidad, desde el primer nivel de educación nacional, capacitando previamente al personal que lo va a im-

partir, y el cual se debe extender a los grupos de adolescentes no cautivos. 3) Se deben crear consultas de planificación familiar o paternidad responsable, para estos grupos de población, específicamente.

RESUMEN

En este estudio se analizan una serie de variables en relación con el embarazo en la adolescencia temprana y la adolescencia media, con el fin de evaluar diferencias en el riesgo obstétrico y perinatal de estas dos poblaciones. Se logró demostrar que sí existen diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos, en relación con las complicaciones durante el embarazo, el parto y el puerperio. Pero no se encontraron diferencias en relación con las complicaciones perinatales. El estudio demuestra que sí existen esas diferencias anteriormente anotadas y que por lo tanto las pacientes menores de 16 años deben controlarse como de Alto Riesgo Obstétrico, por un grupo especializado.

BIBLIOGRAFIA

1. ADAMSONS, K. and MYERS, R. Asfixia perinatal. *Clin. Ped. de N.A.* Mayo, 464, 1973.
2. ARIÑO, M.: Diagnóstico etiológico de 400 casos de embarazo de alto riesgo. *Act. Méd. Cost.* 24 (2), 1981.
3. AVERY, E.M.: El pulmón del recién nacido y sus enfermedades. Editorial Científica Médica. Barcelona, 2da. edición: 295, 1970.
4. BELITZKY, Rubén; CAMPO, Aníbal: "Resultados perinatales en madres y jóvenes: Estudio comparativo en maternidades latinoamericanas. *La Salud del Adolescente y el joven en las Américas*, OPS, 1985.
5. CASCANTE, José F.: "Ginecología y Obstetricia en la adolescente". *Adolescencia Normal*. Comisión Atención Integral del Adolescente, Costa Rica, 1987.
6. CEDADA, R.: Bajo peso al nacer y embarazo precoz. Tesis de graduación en Neonatología, 1983.
7. CHOHESTY, J.P.; START, A.: Manual of Neonatal Care 2da. edición: 73, 1985.

8. GONZALEZ, E.; MOLINA, R., et. al.: "Actitud de la adolescente embarazada, de su pareja y de su familia, frente al embarazo". Cuadernos Médico-Sociales, Vol. XXV, N.3, pág. 112-117, 1984.
 9. HUTCHINS, F.; KENDALL, N.: "Experience with teenage pregnancy". *Obstet. Gynecol.*, 54: 1-5, 1979.
 10. JEAN-PIERRE DESCHAMPS: Embarazo y maternidad en la adolescente. Editorial Herdes, Barcelona, 271, 1979.
 11. LAVERY, J.P.; SANFILIPPO, J.S.: Pediatric and Adolescent. *Obst. & Gynecol.* Ed. Springer-Verlag; pág. 296-303, 1985.
 12. LAWRENCE, S. Neinstein: "Teenage Pregnancy". *Adolescent Health Care*. Editorial Urban y Schwazenberg, pág. 387-397, 1984.
 13. LISKIN Laurie, Kakleeva, J.: "La juventud en la década de 1980: Aspectos sociales y de salud". *Population Report*. Enero Serie M. #9, 21-22, 1987.
 14. MATA, L., et. al.: El niño agredido y la desnutrición: Observaciones epidemiológicas en Costa Rica. *Revista Médica Hospital de Niños*, Costa Rica, 15 (1), 1980.
 15. McCORMICK, Marie; Shapiro, S.: High-risk young mothers: Infant mortality and morbidity in four areas in the United States. *American Journal of Public Health*, Vol. 74, #1, pág. 18-22, 1984.
 16. MOLINA, R.; ROMERO, I.: "El embarazo en adolescentes: La experiencia chilena". La salud del adolescente y el joven en las Américas, OPS, 1985.
 17. RICO DE ALONSO: Madres solteras adolescentes. Editorial colombia Ltda. Bogotá, pág. 153, 1986.
 18. RODRIGUEZ, J.: "Desarrollo psicológico normal de los adolescentes". Adolescencia normal. Comisión Atención Integral del Adolescente, C.R., 1987.
 19. ROSERO, L.: Determinantes del descenso de la mortalidad infantil en Costa Rica. Asociación demográfica Costarricense, San José, 1985.
 20. SILBER, T.: "El embarazo en la adolescente: una nueva perspectiva". La Salud del Adolescente y el Joven en las Américas, OPS, 1985.
 21. SPIEGEL-MURRAY. Estadística. Editorial McGraw-Hill. México, 171, 1974.
 22. VIEL VICUÑA, B.: "Embarazo de adolescentes. Problema de Salud Pública". Boletín Asociación Chilena de Protección de la Familia, pág. 15-20, 1985.
 23. WESTOFF, F.: "Teenage fertility and developed nations: 1971-1980". *International Family Planning Perspectives*. Vol. 9, #2, junio 1983.
 24. WILLIAM A. Daniel: "Pregnancy and contraception". Adolescents in Health and Disease. Editorial C.N. Mosby Company, pág. 151-165, 1977.
 25. WULF, Deirdre: Teenage pregnancy and children hearing in Latin America and the Caribbean. *International Family Planning Perspectives*. Vol. 12, #1, marzo 1986.
-