

## Características obstétricas de la adolescente embarazada

■ Dr. Luis Alberto Villanueva\*, Psic. María del Milagro Pérez Fajardo\*\*, Dr. Hugo Martínez Ayala\*\*\*, Dr. Enrique García Lara\*\*\*\*.

### ■ RESUMEN

El embarazo en la adolescente ha sido un fenómeno ampliamente estudiado desde la perspectiva de sus complicaciones médicas. Sin embargo, existen estudios que no han observado un incremento en la frecuencia de la morbilidad y mortalidad materna y perinatal. El objetivo de este trabajo es determinar las características obstétricas de las adolescentes embarazadas y evaluar si el mayor riesgo proviene de los factores biológicos asociados a su edad. Las complicaciones médico obstétricas no difirieron en frecuencia entre las adolescentes embarazadas y las mujeres de 20 a 34 años de edad. Las condiciones al nacimiento del hijo de madre adolescente fueron satisfactorias en relación a otros grupos. No encontrar en las adolescentes, mayores riesgos de salud materna y perinatal (con excepción de las menores de 15 años), no elimina las complicaciones sociales y psicológicas de tener un hijo en la adolescencia, ni la de otros riesgos a la salud como: la mayor mortalidad infantil entre el primer mes y el primer año de vida en el hijo de madre adolescente y el riesgo de adqui-

rir enfermedades de transmisión sexual, incluyendo el SIDA.

(Villanueva, L.A. y col: *Características obstétricas de la adolescente embarazada*. Ginec Obst Mex 1999; 67:356).

### ■ SUMMARY

Obstetrical characteristics of pregnant adolescents. The aim of the present study was to determine the obstetrical characteristics of pregnant adolescents and to evaluate if the high risk comes from biological factors associate to their age or not. The obstetrical complications and the perinatal results were not different in relation from other groups, with exception of the minors of fifteen years in wich the age constitutes an important risk. Nevertheless, the adolescent has other risks to the health such as the risk of acquiring sexual transmission diseases including HIV/AIDS. The child of a teen mother are also more likely to die in infancy, between the first month and the first year of life. Adolescents need information and services to protect their sexual and reproductive health.

(Villanueva, L.A. y col: *Obstetrical characteristics of pregnant adolescents*. Ginec Obst Mex 1999; 67:356).

Según cifras provenientes del Fondo para la Población de las Naciones Unidas (UNFPA), el embarazo adolescente representa poco más de 10% de todos los nacimientos a nivel mundial<sup>1</sup>. En México, para 1989 de un total de 84,272,346 habitantes 25% correspondió a sujetos entre 10 y 19 años de edad, distribuidos equitativamente en ambos sexos<sup>2</sup>. En la Encuesta Nacional sobre Fecundidad y Salud diseñada por la Dirección General de Planificación Familiar de la Secretaría de Salud de México, 32.7% de los adolescentes reveló haber tenido relaciones sexuales al menos en una ocasión, de los que la mayor proporción correspondió a hombres. La edad promedio del inicio de las relaciones sexuales en las mujeres fue a los 17 años y en los hombres a los 16 años<sup>3</sup>. Si a las cifras anteriores se agrega la deficiente o nula educación sexual del adolescente, no es difícil entender que 20% del total de embarazos ocurran en mujeres menores de 20 años<sup>4</sup>.

Hospital General "Dr. Manuel Gea González". Secretaría de Salud. Méx., D.F.

\* Investigador Asociado. Subdirección de Ginecología y Obstetricia.

\*\* Psicóloga del Programa de Embarazo Adolescente.

\*\*\* Jefe del Departamento de Obstetricia.

\*\*\*\* Subdirector de Ginecología y Obstetricia.

El embarazo en la adolescente es un fenómeno que ha sido ampliamente estudiado desde la perspectiva de las complicaciones médicas que conlleva, entre éstas, las más relevantes son: preeclampsia/eclampsia, hemorragia, infección, parto pretérmino, retardo en el crecimiento intrauterino, desproporción cefalopélvica, cesárea, parto con fórceps y muerte perinatal<sup>5,7</sup>. Sin embargo, existen estudios que no observan un incremento en la frecuencia de complicaciones en este grupo en relación a la del grupo de 20 a 25 años de edad, con la excepción de las menores de 15 años en las que los riesgos de morbilidad y mortalidad materna y perinatal son dos a tres veces superiores comparados con el resto de los grupos.

El impacto psicosocial del embarazo a edad temprana, incide directamente en la alta proporción de muertes infantiles en el primer año de vida de los hijos de madre adolescente. En este fenómeno participan la ignorancia, en la forma de falta de preparación para el cuidado del recién nacido, la falta de atención médica adecuada y la renuencia a aceptar el embarazo y posteriormente a su hijo, quienes sufren más frecuentemente de desnutrición, enfermedades diarreicas y maltrato que los niños de madres mayores de 24 años<sup>8</sup>.

Resulta evidente que el proceso de la embarazada adolescente se enmarca en la pertenencia a los distintos estratos socioeconómicos y es imprescindible su consideración en el diseño e interpretación de los estudios sobre maternidad en la adolescencia<sup>9</sup>.

El estudio de las características obstétricas de las adolescentes permitirá evaluar si el mayor riesgo proviene de los factores biológicos

a su edad o de otros (factores socioeconómicos, culturales o psicológicos), lo que permitirá una definición de riesgo del embarazo adolescente sobre bases firmes y consecuentemente, el diseño de estrategias satisfactorias de salud sexual y reproductiva en la adolescencia.

#### ■ MATERIAL Y MÉTODOS

Se trata de un estudio de tipo retrospectivo, observacional y comparativo. Se capturó la información relativa a los motivos de ingreso hospitalario y los resultados perinatales de las mujeres con edades entre 15 y 19 años atendidas en la Unidad Tocoquirúrgica del Hospital General "Dr. Manuel Gea González" de la Secretaría de Salud, en el período comprendido del 23 de julio al 23 de septiembre de 1997.

El único criterio de inclusión para seleccionar los casos fue la edad. En este estudio se adoptó la definición de la Organización Mundial de la Salud que señala que la adolescencia ocurre en el segundo decenio de la vida, entre los 10 y los 19 años de edad, y se divide en temprana (10 a 14) y tardía (15 a 19). Además, se capturó y analizó la información de una cantidad igual de mujeres con edades comprendidas entre 20 y 34 años, las que sirvieron como grupo testigo.

#### Análisis Estadístico.

El análisis de los datos se realizó mediante relaciones porcentuales de las variables independientes. Para determinar las diferencias entre las proporciones de los grupos adolescentes y control se realizó la prueba de z. En el caso de variables de tipo continuo se utilizó la prueba de t de Student.

Se consideró una diferencia como estadísticamente significativa con un valor de  $P < 0.05$ .

#### ■ RESULTADOS

En el periodo comprendido del 23 de julio al 23 de septiembre de 1997, se realizaron un total de 1191 procedimientos obstétricos, de los que 291 (24.4%) fueron realizados en mujeres de 14-19 años de edad.

Del número total de procedimientos, 745 (62.5%) correspondieron a la atención de parto, 212 (17.8%) a la realización de operación cesárea y 170 (14.3%) a legrados uterinos instrumentados (LUI). En los realizados en mujeres menores de 20 años, 197 (68%) correspondieron a atención de parto, 56 (19.24%) a operación cesárea y 27 (9.2%) a LUI.

La edad gestacional al momento del nacimiento en embarazos mayores de 20 semanas, no se encontró diferente al comparar los grupos adolescentes y control ( $38.7 \pm 3$  vs  $38.9 \pm 2$ ; t de Student,  $P = 0.43$ ). En los embarazos en adolescentes, la vía de interrupción del embarazo fue vaginal no instrumentada en 187 (74%), instrumentada con aplicación de fórceps en 10 (4%) y mediante operación cesárea en 56 (22.13%). Las proporciones anteriores no demostraron diferencias al compararse con el grupo testigo (Tabla I).

El peso de los hijos de madres adolescentes con edad gestacional mayor a 20 semanas, se encontró en 80% de los casos ubicados entre 2501-4000 g. Se observaron diferencias estadísticamente significativas en el caso de los recién nacidos con peso al nacimiento menor o igual a 2000 g, en donde se encuentra 7.5% de los hijos de madre adolescente y 2% de los nacidos de mujeres de 20-34 años de edad (Prueba de z; P

**Tabla I**

Edad gestacional y vía de interrupción del embarazo

	Adolescentes	Testigo	Valor de P
Edad gestacional	38.76 ± 3	38.96 ± 2.5	0.423
Vía de interrupción del embarazo			
Vaginal	187 (74%)	173 (72.1%)	0.690
Vaginal Instrumentada con aplicaciones de fórceps	10 (4%)	10 (4.6%)	0.818
cesárea	56 (22%)	57 (24%)	0.875
Total de nacimientos	253 (100%)	240 (100%)	

= 0.011). Así como en los recién nacidos con peso de 3001-4000 g, intervalo en el que se encuentra 40% de los recién nacidos de mujeres adolescentes y 50% de los testigos.

El valor de la calificación de Apgar al primer minuto fue de 7.63 ± 1.32 y de 7.93 ± 0.95 en los grupos adolescente y testigo, respectivamente (t de Student; P = 0.004). A los cinco minutos no se encontraron diferencias entre ambos grupos (8.61 ± 1.09 adolescente vs 8.81 ± 0.8 testigo (t de Student; P = 0.111). (Tabla II).

En relación a la morbilidad y mortalidad perinatal, no se encontraron diferencias en las proporciones de malformaciones mayores, muerte fetal y sufrimiento fetal agudo, entre los grupos adolescente y testigo. Así como en la frecuencia de trastornos de volumen del líquido amniótico y anomalías placentarias, que representaron casos aislados.

Al considerar los casos de falla reproductiva, la proporción de abortos fue significativamente mayor en el grupo testigo (15.57%) en comparación al grupo adolescente (9.5%) (Prueba de z; P = 0.039) (Tabla III).

De las complicaciones del parto caracterizadas por desgarro vulvo-perineal de grado III-IV, se registraron siete en el grupo adolescente

(3.55% de los partos atendidos) contra 2 (1.1%) en el grupo testigo (Prueba de z; P = 0.191).

Del total de enfermedad hipertensiva del embarazo, el 25.88% correspondió al grupo menor de 20 años, que es la misma proporción de la población total conformada por adolescentes embarazadas. Al comparar la proporción de enfermedad hipertensiva inducida por

el embarazo en ambos grupos no se encontraron diferencias (8.7% adolescentes vs 6.66% testigo, Prueba de z, P = 0.48).

Del total de madres adolescentes (n = 291), 231 (79.4%) eran primigestas, 49 (16.83%) secundigestas y 11 (3.78%) multiparas. De las mujeres con más de un embarazo (n = 60), 53% tenía el antecedente de un parto, 21.6% de cesárea, 13% de aborto, 10% de dos partos y 1.6% de dos abortos. En comparación, el grupo testigo (n = 290) estaba conformado por 29.6% de primigestas, 28.1% de secundigestas y 42.3% de multiparas. En todos los casos, las proporciones fueron estadísticamente diferentes. En presencia de más de un embarazo, 31.6% de las mujeres del grupo testigo tenía el antecedente de un parto (Prueba de z; P = 0.004) y 23% de dos partos (Prueba de z; P =

**Tabla II**

Resultado perinatal. Peso de los recién nacidos y calificación de Apgar.

Peso de los recién nacidos (g)	Adolescentes	Testigo	Valor de P
≤ 2000	19 (7.5%)	5 (2.1%)	0.010*
> 2000-2500	27 (10.7%)	20 (8.3%)	0.438
> 2500-3000	101 (39.9%)	90 (37.5%)	0.650
> 3000-4000	101 (39.9%)	121 (50.4%)	0.044*
> 4000	5 (2%)	4 (1.7%)	0.93
Apgar			
1er. minuto	7.63 ± 1.32	7.93 ± 0.95	0.004*
5o. minuto	8.68 ± 1.0	8.81 ± 0.80	0.111

\*Diferencia estadísticamente significativa. P < 0.05.

**Tabla III**

Morbilidad y mortalidad perinatal y falla reproductiva.

	Adolescentes	Testigos	Valor de P
Defectos del cierre del tubo neural	3 (1.18%)	1 (0.4%)	0.641
Sufrimiento fetal	11 (4.34%)	5 (2.08%)	0.499
Agudo			
Óbito	4 (1.58%)	2 (0.8%)	0.703
Falla reproductiva			
Aborto	27 (9.5%)	45 (15.57%)	0.039*
Embarazo ectópico	3 (1%)	3 (1%)	0.674

\*Diferencia estadísticamente significativa. P < 0.05.

0.04). En las proporciones referentes al antecedente de abortos y cesáreas no existieron diferencias entre los grupos testigo y adolescente. Sin embargo, en las mujeres de 20-34 años se observó el antecedente de dos cesáreas, tres abortos, un embarazo molar y un embarazo ectópico.

En el grupo de adolescencia temprana (10-14 años) se ubicaron cuatro pacientes, todas primigestas, de las que dos fueron atendidas para parto, una por cesárea y un LUI. Aun cuando el número de casos es pequeño, las complicaciones fueron proporcionalmente altas, registrándose un desgarro vulvoperineal completo, un caso de preeclampsia severa y uno de sufrimiento fetal agudo. Dos de los embarazos fueron resultado de violación.

#### ■ CONCLUSIONES

El impacto demográfico del embarazo adolescente se manifiesta debido a un incremento de la población de 10 a 19 años de edad y no a una mayor fecundidad en este grupo, la que ha disminuido, de acuerdo a las encuestas nacionales realizadas en los últimos veinte años. Sin embargo, el decremento en la fecundidad adolescente se ha dado a un ritmo menor que la de otros grupos etarios, lo que representa un aumento porcentual de adolescentes embarazadas.<sup>10, 11</sup>

Las complicaciones médico-obstétricas y el resultado perinatal tradicionalmente atribuidos a las "condiciones fisiológicas de la madre adolescente", no las observamos con una frecuencia mayor a la del grupo testigo.

El hijo de madre adolescente fue en la mayoría de los casos de término, nació principalmente por vía vaginal, en una proporción mínima de los casos asistidos con fórceps, presentó un adecuado peso al nacimiento, así como valores de Apgar al quinto minuto que no difirieron de manera significativa con los de hijos de mujeres pertenecientes al grupo de 20-34 años.

Aun cuando la proporción de recién nacidos con un peso igual o menor a 2000 g fue mayor en el grupo adolescente, lo que pudiera responder al menor puntaje de Apgar al primer minuto en este grupo, la valoración a los cinco minutos que traduce el grado de recuperación, no demostró diferencias y se encontró con un valor superior a siete, que permite considerar al recién nacido en condiciones satisfactorias.

En relación a la falla reproductiva, la proporción de aborto fue superior en el grupo control que en el adolescente, lo que quizá se encuentre relacionado con la mayor proporción de multiparas en el primer caso y así mayor probabilidad de eventos reproductivos adversos.

No encontrar diferencias al comparar las características obstétricas del embarazo adolescente y el que ocurre entre los 20-34 años de edad, no elimina las complicaciones sociales y psicológicas de tener un hijo en la adolescencia, ni la de otros riesgos a la salud como lo son, la mayor mortalidad infantil entre el primer mes y el primer año de vida en los hijos de madres adolescentes. Además, en el caso de embarazos en menores de 15 años, la edad sí constituye un riesgo para la salud importante.

El hecho de que 20% de las adolescentes que ingresan al hospital por causas obstétricas, tengan al menos un embarazo previo, indica que, los servicios de atención médica, psicológica y educativa deben incluir al embarazo adolescente como un programa prioritario, con el objeto de prevenir una secuencia de embarazos no deseados, fomentar el crecimiento de la adolescente e impedir repercusiones en su relación con su hijo y con el resto de su entorno.

La población adolescente necesita información y acceso irrestricto a los servicios, de modo que, buena parte de la solución está en la forma en como las instituciones sociales (familia, escuela, instituciones religiosas, sector salud) interpreten y manejen la sexualidad en el adolescente. El objetivo es, acceder a los jóvenes antes de que lleguen a ser sexualmente activos.<sup>12, 13</sup>

#### ■ REFERENCIAS

1. United Nations Population Fund. UNFPA and adolescents. New York, NY: UNFPA, 1997.
2. Secretaría de salud. *Estadísticas vitales 1989*. Dirección general de estadística, informática y evaluación. México, D.F.: INEGI, 1991.
3. Dirección general de planificación familiar. *Encuesta nacional sobre fecundidad*. México, D.F.: Secretaría de salud, 1987.
4. Welti C. *La fecundidad adolescente en México*. En: Muñoz H, ed. *Población y sociedad en México*. México, D.F.: Porrúa-UNAM, 1992: 55-79.
5. Toro-Calzada RJ. *Embarazo en adolescentes. Comparación de complicaciones, peso, somatometría y calificación de Apgar con la población general*. *Ginecol Obstet Mex* 1992; 60: 291-295.

6. Fernández-Paredes F, Castro-García M, Avila-Reyes M y col. *Características socio-familiares y consecuencias en la salud materno-infantil del embarazo en edad precoz*. Bol Med Hosp Infant Mex 1996; 53: 84-88.
7. De la Garza Quintanilla C, Celaya-Juárez JA, Hernández-Escobar C, y col. *La adolescente primípara*. Ginecol Obstet Mex 1997; 65: 533-537.
8. Dirección General de Planificación Familiar. *Informe de la encuesta sobre el comportamiento reproductivo de los adolescentes y jóvenes del área metropolitana de la ciudad de México*. México, D.F.: Secretaría de Salud, 1988.
9. Infesta G. *Las adolescentes frente a la maternidad*. En: Findling L y Méndez A, ed. *La salud en debate. Una mirada desde las ciencias sociales*. Buenos Aires. Universidad de Buenos Aires, 1996: 267-281.
10. Palma Y, Echarri CJ. *La fecundidad en México*. En: Muñoz H, ed. *Población y sociedad en México*. México, D.F.: Porrúa-UNAM, 1992: 15-29.
11. Instituto nacional de estadística, geografía e informática. *Encuesta nacional de la dinámica demográfica 1992. Metodología y tabulado*. México, D.F. INEGI, 1994.
12. Stern C. *El embarazo en la adolescencia como problema público: una visión crítica*. Salud Pub Mex 1997; 39: 137-143.
13. Ehrenfeld-Lenkiewicz N. *Educación para la salud reproductiva y sexual de la adolescente embarazada*. Salud Pub Mex 1994; 36: 154-160.