Embarazo en Adolescentes

Curso de Ginecología Infanto Juvenil
Cúcuta, octubre 9 – 10 – 11 de 1982

Dr. Germán Uriza Gutiérrez, M.D.*

Introducción

Cuando recibí la gentil invitación del Dr. Alberto Duarte, a fín de que dictara esta charla sobre Embarazo en la Adolescencia, me sentí sorprendido y especialmente muy intranquilo, ya que hablar de mi experiencia con embarazadas de este grupo de edad sería un poco atrevido; sin embargo, acepté este compromiso por una situación que viví meses atrás durante una reunión de la Sociedad Bogotana de Sexología, de la cual soy miembro fundador, con el propósito de que cursos como el que iniciamos hoy organizado por la Sociedad Colombiana de Ginecología Juvenil y Pediátrica, impidan emitir conceptos como al que voy a referirme a continuación.

Se trataba de una ponencia sobre la sexualidad del adolescente, presentada por un grupo de eminentes profesionales que hacen parte de la clínica de atención integral al adolescente, de una prestigiosa entidad de Bogotá. Mi sorpresa se inició, cuando el moderador presentó a los profesionales y a modo de introducción expresó textualmente: "el problema del embarazo en la adolescente es un problema de los países industrializados como los de Europa y los Estados Unidos"; también me sorprendió la ausencia de un ginecólogo u obstetra dentro del grupo de expositores conformado por dos psiquiatras, tres psicólogos, dos pediatras, un internista y dos trabajadoras sociales; como si al adolescente le estuvieran aceptando su sexualidad, pero al mismo tiempo se estuvieran olvidando de su capacidad reproductora, que está demostrada en un estudio realizado en 24 ciudades de Massachussets, donde se encontró que la fertilidad es similar en el grupo de jóvenes de 15 a 17 años, que en el grupo de 18 a 19 años (34). En nuestro país existe un divorcio entre las diferentes especialidades médicas y disciplinas del área de la salud que tienen que manejar al grupo de adolescentes y que podemos ver plasmada en el programa científico de un cursillo de adolescencia que se realizó en Bogotá en el mes de agosto pasado, donde los temas del embarazo, aborto y anticoncepción están ausentes. Es posible que estas omisiones se deban, a que algunos ginecólogos y obstetras nos hemos marginado en Colombia del adolescente y sus problemas.

La adolescencia es un terreno mal definido entre la infancia y la edad adulta; sin embargo, para hablar de embarazo durante este proceso de desarrollo físico y mental debemos tratar de definir qué entendemos por "Adolescencia".

---

* Director PRIF

Muchas han sido las definiciones propuestas y de la revisión bibliográfica; me voy a permitir citar algunas:

— "La adolescencia es a la vez un período de la vida y una serie de transformaciones amplias, rápidas y variadas que se registran entre los 10 y los 20 años" (29).

— "La etapa de adolescencia en la mujer se caracteriza por alteraciones bruscas en los niveles hormonales y patrones de crecimiento, así como trastornos emocionales y modificaciones en los esquemas de valores" (39).

— "Período durante el cual el individuo progresa desde el punto de la aparición inicial de los caracteres sexuales secundarios, hasta el de la madurez sexual; los procesos psicológicos del individuo y las formas de identificación evolucionan desde los de un niño a los de un adulto; se hace la transición desde un estado de dependencia socio-económica total a otro de relativa independencia" (30).

— "Fase de desarrollo fisiológico y emocional del individuo" (27).

— "Período de la vida que se inicia con la pubertad, entre los 10 y los 16 años, caracterizada por cambios rápidos en sus cuerpos y órganos genitales, y termina con la edad adulta entre los 18 y los 20 años" (20).

— "La adolescencia es al mismo tiempo el producto final de la infancia y el proceso de desarrollo que termina con la edad adulta. Se caracteriza por crecimiento físico y biológico, cambios en el aspecto físico y aparición de los caracteres sexuales secundarios" (22).

Como podemos apreciar en las definiciones anteriores, los límites de la adolescencia no están bien definidos, la madurez sexual es solo uno de los múltiples factores que definen el final de la adolescencia, donde participan además de los elementos físicos, factores intelectuales, sociológicos, legales y psicológicos.

La sociedad adulta debe aceptar a la adolescencia como una entidad en proceso de crecimiento y transición entre el niño y el adulto. Según Papalia y Olds, "se llega a la edad adulta cuando se han resuelto los problemas de la adolescencia: es descubrir la propia identidad, independizarse de los progenitores, desarrollar un sistema de valores propio con capacidad de formar relaciones amistosas y amorosas maduras e independientes" (33).

Hoy se acepta que la menarca está apareciendo cada vez más precozmente, lo que significa que los caracteres sexuales secundarios se manifiestan antes, bajando así la edad promedio de inicio de la adolescencia (24) (30).

Todavía constituye un dilema sin solución adecuada, la niña adolescente tiene que ser hospitalizada por un problema de tipo menstrual; a que servicio se remite: al de Pediatría o al de Ginecología? ; por esta razón el pediatra, el ginecológo, el médico general y todos los interesados en estos pacientes deberían establecer servicios de adolescentes, planeados para satisfacer las necesidades de estos jóvenes (37).

El embarazo en la adolescente se está presentando cada vez con mayor frecuencia, por inicio más precoz de la actividad sexual y por el comienzo más temprano de la pubertad. Del grupo de adolescentes sexualmente activas, las que no practican la contracepción adecuadamente están altamente expuestas al embarazo no deseado, ya que la pubertad precoz de los jóvenes permite que puedan ser padres a pesar de no haber crecido aún por completo, no estando maduros ni física ni mentalmente para las exigencias de la maternidad

o la paternidad, ni mucho menos económicamente suficientes para mantener y cuidar de una familia (18).

Algunos grupos señalan que la educación sexual y la disponibilidad de anticonceptivos son el origen del incremento del embarazo en este grupo de personas. Sin embargo, la investigación ha demostrado que esto es falso. De las adolescentes que buscan inicialmente este servicio, 70% suponen que ya están embarazadas. Antes de buscar cualquier forma de control natal, la adolescente promedio, ha tenido ya actividad sexual, en el término de los 12 meses anteriores (8).

Frecuencia

La primera conferencia interhemisférica sobre fecundidad del adolescente concluye que "la evidencia presentada indica que los embarazos juveniles han aumentado en todas partes, están emergiendo como un problema serio en muchos países y han alcanzado alarmantes niveles en otros, cerca de 13 millones de madres en 1975 en el mundo, no habían alcanzado aún la mayoría de edad" (7).

En los Estados Unidos, cada año se embaraza casi el 10% de las adolescentes y aproximadamente el 6% da a luz. Esto quiere decir que cada año conciben más de un millón de mujeres entre los 15 y los 19 años de edad, y unas treinta mil menores de 15 años (27). Según Baldwin, en 1950 el número de partos de menores de 19 años fue de 420.000, aumentando en 1975 a 580.000 (2).

El porcentaje de embarazo en la adolescencia varía mucho en las diferentes regiones del mundo, e inclusive es bastante diferente entre dos países desarrollados como Estados Unidos (2) y Suecia (12). Podría pensarse que la cifra menor encontrada por Baldwin en Suecia se deba a una anticoncepción preventiva más efectiva que en los Estados Unidos; sin embargo, sería una conclusión simplista de una situación más compleja, donde juegan muchos otros factores de tipo racial, social, psicológico y de familia.

La cifra de Colombia corresponde al estudio de parto hospitalario, realizado por el área Biomédica de la Corporación Centro Regional de Población de Bogotá, a través del Programa Regional de Investigaciones en Fecundidad (PRIF).

El estudio analiza el manejo del parto hospitalario en una muestra representativa de hospitales de Colombia, registrándose 13.445 partos, de los cuales 1.101 correspondieron a madres menores de 18 años, que representan el 8.19% del total de casos (24). (Tabla No. 1).

Tabla No. 1

FRECUENCIA DEL EMBARAZO EN ADOLESCENTES EN DIFERENTES PAISES SEGUN AUTOR

Autor	Año	País	%
Dotta. B.; Fort A.T.	1961	E.U.	14.00%
Baldwin W.H.	1968	E.U.	17.00%
Baldwin W.H.	1971	Suecia	7.00%
López E. Riaño G.	1977	Colombia	8.19%

Según el DANE, en 1975 el total de nacidos vivos en Colombia fue de 996.197 (25); si asumimos que el 8.19% corresponden a madres adolescentes, se habrían producido 81.588 partos en este grupo de edad en el país para el mismo período. Esta cifra constituye un problema sanitario importante por las implicaciones médicas y sociales que estos embarazos representan y que necesariamente tienen que influir en la morbimortalidad materno infantil en Colombia.

La necesidad de adoptar medidas positivas frente al problema del emba-

razo y la maternidad precoz, es imperativa y debe ser tomada como política oficial por las agencias y asociaciones gubernamentales y como recomendaciones de apoyo por las organizaciones no gubernamentales de nuestro país, implicadas en el problema del embarazo en la joven adolescente; imitando el ejemplo de muchas organizaciones oficiales y no oficiales en todo el mundo (19).

Sin embargo, las medidas positivas para prevenir el embarazo en esta época de la vida encuentran muchas dificultades, ya que el suministrar, por ejemplo, contraceptivos a menores sin el consentimiento de los padres, es en muchos países y regiones, inclusive en los Estados Unidos, ilegal y pondría en dificultades al médico que los formula (4).

En la frecuencia creciente del embarazo en la adolescencia y de la madre soltera, además del inicio precoz de la actividad sexual y del factor biológico de disminución de la edad de la menarquía como consecuencia de una mejor nutrición y salud, intervienen otros factores como el incremento real de la población de adolescentes y la edad mayor en que llega la mujer al matrimonio, que amplía el período de fecundidad premarital (8).

Etiología

Una revisión de la literatura sobre el embarazo en la adolescencia, en los últimos 50 años, revela algunas tendencias interesantes.

Inicialmente el embarazo en esta edad se consideró como el resultado de una debilidad de carácter, deficiencia mental o algún tipo de inmoralidad. Más tarde se culpó a los factores ambientales y luego se responsabilizó a los factores subculturales. Los estudios más recientes incluyen la combinación de factores emocionales y ambientales que parecen contribuir a un embarazo temprano fuera de matrimonio (37), a los que se suman la ignorancia anticonceptiva y la inaccesibilidad de las adolescentes a los anticonceptivos (32).

El sexo es una de las pocas maneras mediante las cuales, una adolescente puede rebelarse con eficacia contra la sociedad, los padres o sus compañeros. Ella puede hacerlo conscientemente cuando responde a una afrenta personal o subconscientemente en una rebelión contra la sociedad que la amenaza o le niega derechos individuales o la oportunidad de liberarse de las restricciones sociales (37). De lo anterior se puede concluir que el embarazo en adolescentes, de acuerdo al grado de participación consciente de la futura madre, se clasificaría en 2 categorías: embarazo intencional y embarazo no deseado, el cual puede ser accidental por ignorancia o inaccesibilidad a los anticonceptivos o de causa desconocida.

La actividad sexual en la adolescencia puede ser voluntaria o involuntaria, siendo soltera, casada, unida libremente, prostituta o por relación incestuosa o violación.

De todas formas, cualquiera que sea el factor etiológico del embarazo en la adolescente, ya sea intencional, accidental o de causa desconocida, por relación sexual voluntaria o involuntaria, es en su gran mayoría no deseado, como lo dice la Federación de la Paternidad Planeada quien afirma, que dos de cada tres de estos embarazos son no deseados (15).

Implicaciones sociales

La adolescente y su hijo representan desde el punto de vista social, un agudo problema dentro de su propia familia y la comunidad. La mayoría de las veces su aporte económico es nulo y constituye una nueva carga al presupuesto familiar (3) (38).

La madre soltera y su hijo siguen privados en muchos países, de muchos derechos legales y beneficios sociales. (3); Su inexperiencia como madre le demanda un largo período de adaptación para con el nuevo ser y consigo misma y en ocasiones crea trastornos psicológicos (23) (38). A esto se suma el rechazo que muchas de nuestras comunidades imponen a las madres solteras y que se solucionan frecuentemente con un matrimonio precoz abocado al fracaso; dificultades y rechazos que se extienden también al ámbito de la escuela y hacen que la maternidad temprana esté frecuentemente asociada con niveles educativos bajos (19) (38).

Pocos sistemas de enseñanza tienen previsto el acomodo de las muchachas embarazadas o con hijos, en las actividades normales de la escuela; de hecho la política vigente en algunos países consiste en negarles la entrada, por temor de que puedan influir desfavorablemente en otros alumnos (1) (3) (21).

En cuánto al personal de salud, hay pocos indicios de que se haya intentado prepararlo para hacer frente al tipo de problemas psicosociales que plantean las adolescentes embarazadas. Los sistemas de envíos a clínicas especializadas, rara vez establecen diferencias entre la mujer adulta y la adolescente, pues se parte del supuesto de que las necesidades son las mismas y de que llegan al servicio asistencial con esperanzas y experiencias similares (30).

En muchos contextos sociales tradicionales y en situaciones en que existen familias extensas y muy numerosas, la responsabilidad colectiva de la asistencia de los niños fuera del matrimonio pueden asumirla con frecuencia los padres o parientes de la madre soltera, evitándose así la necesidad de la adopción legal. Si no existen estos recursos, la adopción del niño es una decisión que incumbe cada vez más a la madre adolescente.

Un punto difícil con respecto a la madre que entrega su hijo en adopción, es si debe ver al bebé, alimentarlo y darle un nombre; hay autores que defienden esta teoría como Godenne que dice: "es de vital importancia que las madres tengan contacto con sus hijos antes de entregarlos; aunque esto pueda hacer más difícil la separación. Si la madre tiene contacto con el hijo sabrá por lo menos, por quién llora y se asegurará de que puede tener un hijo normal" (15). Polski dice: "Aquellas madres que puedan tener alguna experiencia con sus hijos antes de cederlos, parecen más capaces de enfrentarse a la pérdida y al dolor de dejarlo ir" (35). Deutsch dice: "En determinadas circunstancias puede ser mejor para la madre la separación de un hijo conocido y amado, que la de algo desconocido y odiado (11).

Ya había mencionado como alternativa de solución el matrimonio forzoso con el padre putativo, tradicionalmente usado en algunos grupos sociales. No obstante, los estudios sobre el resultado de esos matrimonios indican que en el Reino Unido y en los Estados Unidos de América, pueden representar solo una medida paliativa transitoria en vista de las grandes probabilidades de que acaben por disolverse, (30) aumentando además la frecuencia del niño maltratado, rechazado o abandonado.

La otra alternativa de solución para la adolescente embarazada sin desearlo, es el aborto legal; cuando la legislación del país lo permite, o ilegal en las sociedades donde el aborto se considera inmoral y ha sido declarado fuera de la Ley.

En Colombia donde el aborto es ilegal, la tasa de aborto por 1.000 mujeres para el grupo de edad de 15-19 años en un estudio realizado en 4 ciudades de Colombia, es de 175.4 para Cali; 83.3 para Candelaria; 59.7 para Manizales y 111.1 para Popayán (Tabla II) (25).

Tabla No. 2

TASA DE ABORTO X 1.000 MUJERES EN 4 CIUDADES DE COLOMBIA

	Ciudades			
Edad	Cali	Candelaria	Manizales	Popayán
15 – 19	175.4	83.3	59.7	111.1
20 – 24	253.9	95.2	355.3	224.6
25 – 29	523.3	344.2	694.2	402.5
30 – 34	717.0	866.7	1.058.6	603.1
35 – 39	930.2	920.0	1.355.6	811.4
40 – 44	1.037.6	1.923.1	1.438.6	1.008.7
Total	684.0	767.6	967.1	570.4

Fuente: Planif. Fam. Motiv. Comp. Valor
ASCOFAME Tercer Mundo
Bogotá, 1967

Este tipo de aborto constituye la primera causa de mortalidad materna de los países en desarrollo, como lo demuestra en Colombia el estudio hospitalario de mortalidad materna presentado por el área Biomédica de la Corporación Centro Regional de Población, en el XIV Congreso Colombiano de Obstetricia y Ginecología en Diciembre de 1981 en Cartagena (40); otro estudio realizado en la ciudad de Benin, en Nigeria, muestra que el aborto inducido en adolescentes es la principal causa de muerte materna y ginecológica en el Teaching Hospital (31).

La decisión de recurrir a esta solución y los contactos que hay que establecer para conseguir el aborto, pueden originar importantes problemas psicosociales. La muchacha se expone a las críticas de sus compañeros y de su familia. El personal médico puede también tener una influencia negativa y desfavorable, mientras que sus actitudes y su comportamiento frente a la paciente pueden influir mucho en la actitud emocional y psicológica con la que ésta se enfrenta a la situación (30).

La decisión de abortar la debe tomar la embarazada, pero en la adolescente es externa y ajena. El resultado es que frecuentemente la joven culpa a sus padres por esta decisión (15).

Por otra parte, Hatcher concluye que cuando "los conflictos de desarrollo de la paciente eran anteriores al aborto, sufrirá los mismos después, generalmente ni mejores ni peores" (16).

Por su negativa, miedo y verguenza, las adolescentes esperan a menudo hasta ya avanzado el embarazo antes de solicitar un aborto, cuando el aborto temprano no solo reduce el índice de mortalidad, sino también las presiones en las instituciones hospitalarias y el tiempo médico, ya que puede practicarse en consulta externa (42).

Finalmente, es posible que una adolescente con un embarazo indeseado, en un ambiente social y familiar hostil, que no encuentre apoyo ni alternativa de solución oportunos tome la decisión extrema del suicidio.

Implicaciones Médicas

El problema de la atención obstétrica de buena calidad para la adolescente embarazada, debe aceptar consideraciones que van más allá de la definición estricta de servicios médicos tradicionales (43).

Dentro de los objetivos más realistas para la atención de buena calidad, podrían señalarse los siguientes: (43)

1. Diagnóstico e intervención más tempranos. En el diagnóstico precoz del embarazo en la adolescente se debe tener en cuenta que el mejor test es el realizado en suero por inmuno-ensayo, y en caso de no ser posible, la alternativa más adecuada sería el test de látex en orina (17).

2. Participación temprana y activa en un programa de atención sanitaria ade-

cuado, que permite disminuir los riesgos médicos en forma significativa, pero no en la misma forma las complicaciones derivadas de las dificultades sociales y económicas que poco se modifican con la sola atención prenatal adecuada (5).

3. Oportunidad para el aborto terapéutico temprano en los sitios donde la legislación del país lo permite; o la adopción como alternativa.

4. Atención de las necesidades personales y sociales de la adolescente.

5. Educación sanitaria, sobre todo en las áreas de la sexualidad, reproducción y anticoncepción humanas.

6. Preparación para actividades maternales e introducción en el desarrollo y la atención del pequeño hijo.

7. Vigilancia continua coordinada y servicios de planificación familiar.

8. Reintegro de la madre adolescente a su comunidad, por medio de servicios como atención diaria y medios vocacionales o educativos especiales.

Según la literatura mundial, las embarazadas menores de 18 años tienen mayores posibilidades, que las de 19 años o más, de sufrir enfermedades como toxemia (3), (13), (24), (30), (32), (37), anemia (24), (30), (32), (37), alteraciones psicológicas (5), (14), (23), (36), o tener partos prematuros (9), (24), (30), (32), (37), distocicos (6), (41), recién nacidos con anomalías congénitas (10), (24) y mayor frecuencia de mortalidad perinatal (28), (41) e infantil (36).

Un estudio realizado en la ciudad de México mostró que en las mujeres embarazadas menores de 20 años se presentó la toxemia en el 27.9% de ellas, comparado con el 20% de las embarazadas de 20 a 31 años de edad (32). (Tabla No. 3).

Tabla No. 3

FRECUENCIA COMPARADA DE ENFERMEDADES Y ALTERACIONES EN EMBARAZADAS SEGUN GRUPO DE EDAD Y AUTOR

Enfermedad o alteración	Autor	Porcentaje	
		Grupo Edad	Grupo Edad
Toxemia	Ortíz M.	27.9% (menor 20)	20.0% (20–30 años)
	López E.	4.8% (menor 18)	4.5% (18–29 años)
Anemia	López E.	2.5% (menor 18)	2.1% (18 – 29 años)
Prematurez	Semmens	9.6% (menor 15) 9.0% (15–19 años)	7.6% (población general)
	López E.	11.4% (menor 18)	9.4% (18–29 años)
Anomalías Congénitas	López E.	1.1% (menor 18)	0.7% (18–29 años)

En el estudio de parto hospitalario de la Corporación Centro Regional de Población – Programa Regional de Investigaciones en Fecundidad, se encontró la toxemia en un 4.8% del grupo de menores de 18 años contra 4.5% en el grupo de 18 a 29 años (24). (Tabla No.3).

La mayor incidencia de toxemia en el grupo de madres adolescentes, también ha sido reportado por el grupo de expertos de la OMS en el informe técnico No. 583 (30), SEMMENS (37) y DUENHOLTER (12).

La anemia, en el estudio de la CCRPPRIF, se encontró en el 2.5% de las menores de 18 años, contra 2.1% del grupo de 18 a 29 años (24); Esto también lo reportan el grupo de expertos de la OMS en el informe técnico No. 583 (30). SEMMENS (37) y ORTIZ M. (31). Tabla No. 3).

La prematurez se ha reportado con mayor frecuencia en el grupo de adolescentes, por varios autores como:

– SEMMENS que la encontró en el 9.6% para el grupo de menores de 15 años y 9% para el grupo de 15 a 19 años; contra 7.6% para la población obstétrica general (37). (Tabla No. 3).

– LOPEZ G. en el estudio de parto hospitalario en Colombia, encontró 11.4% para el grupo de menores de 18 años y 9.4% para el grupo de 18 a 19 años (24). (Tabla No. 3).

Los hallazgos anteriores han sido confirmados por el grupo de expertos en la OMS en el informe técnico No. 583 (30), BREMBERG (9) y ORTIZ M. (32).

La insuficiencia ponderal del recién nacido está estrechamente relacionada con la mortalidad perinatal y el riesgo de epilepsia, parálisis cerebral, retraso mental y desarrollo motor deficiente (30), (32), (37).

Un ejemplo de cómo se puede modificar la mayor incidencia de prematurez en el grupo de adolescentes, lo demuestra un estudio presentado por Felice, en el cual la frecuencia de niños de menos de 2.500 grm. en una clínica solo para adolescentes fue de 9% en comparación con el 20.9% de recién nacidos con menos de 2.500 grm. en una clínica general para el mismo grupo de edad (26).

Las anomalías congénitas como la anencefalia, espina bifida, meningocele occipital e hidrocefalia, son más frecuentes entre los hijos de adolescentes y de mujeres de más de 40 años, que en el grupo de 25 a 30 años (Tabla No. 4). (10).

López G. en el estudio de parto hospitalario encontró un mayor porcentaje de anomalías congénitas en el grupo de menores de 18 años, que fue de 1.1%, contra 0.7% del grupo de madres de 18 a 29 años (Tabla No. 3). (24).

La mortalidad neonatal e infantil también es más frecuente en el grupo de madres adolescentes (30), (32), (37). Un estudio realizado por PUFFER y SE-

Tabla No. 4

ANOMALIAS CONGENITAS DEL SNC SEGUN EDAD MATERNA

Anomalías	Edad Materna		
	< 20 años	25 – 30	40 y más
Anencefalia	3.50 %	2.00 %	3.30 %
Espina bífida	1.70 %	0.90 %	1.50 %
Meningocele occipital	0.35%	0.20%	0.35%
Hidrocefalia	0.28 %	0.32 %	0.70%

Fuente: Butler N.R.

RRANO sobre características de la mortalidad en la niñez en 8 localizaciones diferentes de América, confirma la mayor frecuencia de mortalidad neonatal e infantil en el grupo de menores de 20 años, comparada con la mortalidad en otras madres (Tabla No. 5). (36).

La mortalidad perinatal y el retardo en el crecimiento intra-uterino se ha visto relacionada con la cetonuria en la orina de las madres. Un estudio prospectivo realizado en Inglaterra con un grupo de jóvenes madres desde los 10 a los 16 años, reveló un 5% de dos o más cruces de cetonuria en el grupo de 10 a 14 años, contra solo el 2% de las madres entre los 18 y los 39 años (28).

Tabla No. 5

MORTALIDAD INFANTIL POR PAISES. MUERTOS EL PRIMER AÑO DE VIDA POR CADA 1.000 NACIDOS VIVOS

País y localización del proyecto	Todas Las Madres	Menores de 20 años
Argentina (Provincia del Chaco)	80.1	133.5
Brasil (Ribeirao–Prato)	52.6	72.1
Brasil (Sao Paulo)	65.1	104.1
Canadá (Sherbrooke)	18.3	21.2
Chile (Santiago)	55.2	79.3
El Salvador (San Salvador)	88.4	116.6
México (Monterrey)	60.7	86.3
U.S.A. (San Francisco)	17.5	26.2

Fuente: CCRP – PRIF ESTUDIO 901

Una mayor incidencia de variedades de posición occipito-posteriores y de cesárea fue reportada en un estudio de 200 partos de jóvenes negras entre los 14 y los 16 años en Sur Africa, en comparación con la población obstétrica general (6).

Ward de Australia también reporta mayor incidencia de cesárea, hemorragia post-parto e infección puerperal, en el grupo de adolescentes, que en el resto de población obstétrica. Pero lo más significativo y preocupante en esta investigación fue que la mortalidad perinatal fue más del doble en el grupo de adolescentes (41).

Conclusiones

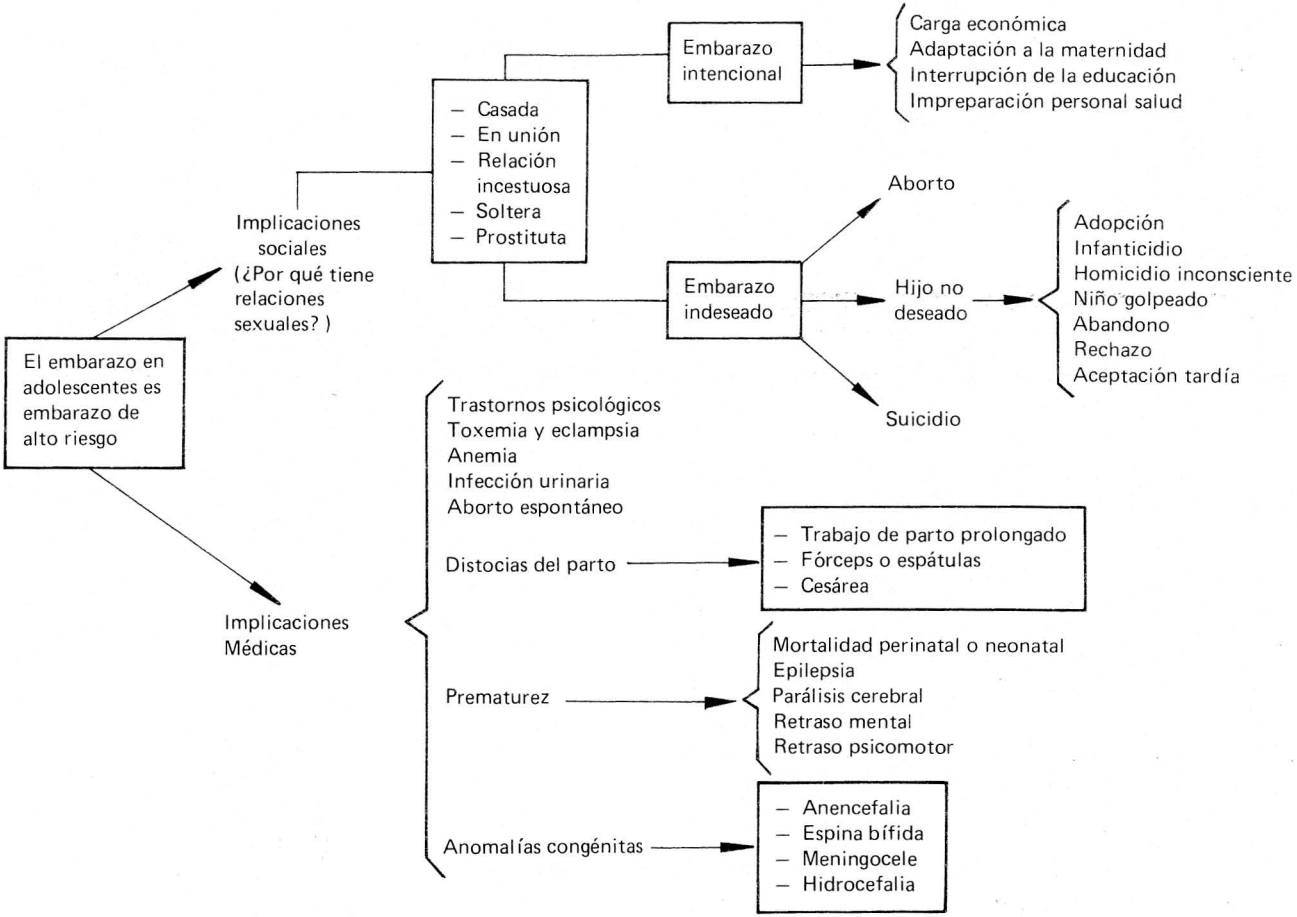
Siendo la adolescencia un período de tiempo no bien definido desde el punto de vista de la edad cronológica, durante el cual se realizan cambios físicos y psicológicos que transforman una niña en mujer adulta, es preciso que durante este proceso evolutivo no se produzca un embarazo.

El embarazo en este período de la vida va a ser en su gran mayoría indeseado, va a provocar tensiones psicológicas y desajustes familiares profundos, complicados con la falta de apoyo familiar o social y la falta de preparación del personal sanitario responsable de atender a la madre adolescente. En otras palabras, el embarazo en la joven adolescente debe ser considerado de alto riesgo por sus implicaciones sociales y sus implicaciones médicas, tal vez no bien valoradas en nuestros formularios de registro de riesgo utilizados por las instituciones oficiales y privadas de nuestro país (Tabla No. 6).

¿Cómo podríamos prevenir el embarazo en la adolescencia?

1. Educar, sin importar que la joven sea sexualmente activa o no, sobre sus

Tabla No. 6


El embarazo en adolescentes es embarazo de alto riesgo
Implicaciones sociales (¿Por qué tiene relaciones sexuales?)
– Casada
– En unión
– Relación incestuosa
– Soltera
– Prostituta
Embarazo intencional
Carga económica
Adaptación a la maternidad
Interrupción de la educación
Impreparación personal salud
Embarazo indeseado
Aborto
Hijo no deseado
Suicidio
Adopción
Infanticidio
Homicidio inconsciente
Niño golpeado
Abandono
Rechazo
Aceptación tardía
Implicaciones Médicas
Trastornos psicológicos
Toxemia y eclampsia
Anemia
Infección urinaria
Aborto espontáneo
Distocias del parto
– Trabajo de parto prolongado
– Fórceps o espátulas
– Cesárea
Prematurez
Mortalidad perinatal o neonatal
Epilepsia
Parálisis cerebral
Retraso mental
Retraso psicomotor
Anomalías congénitas
– Anencefalia
– Espina bífida
– Meningocele
– Hidrocefalia

órganos reproductivos, ovulación, menstruación, fecundación, sexualidad y planeación familiar.

2. Insistir sobre los peligros médicos y sociales que conlleva el embarazo en la joven adolescente, informándole claramente que no existe el anticonceptivo ideal, ni el 100% efectivo y que por lo tanto es mucho más conveniente la abstinencia, posponiendo su vida sexual activa para cuando sea una mujer adulta.

3. Si la adolescente está casada o en unión, o es soltera y sexualmente activa, debe brindársele anticoncepción preventiva adecuada, como única forma real de luchar contra el embarazo indeseado y sus consecuencias (Tabla No. 6).

En lo referente a la atención de las embarazadas adolescentes se deben crear unidades especiales dentro de las instituciones de salud existentes, a fín de atenderlas adecuadamente durante su embarazo, parto y puerperio, con personal multidisciplinario médico y paramédico, preparado para manejar sus complicaciones. Las unidades deben estar respaldadas con programas educativos y de apoyo psicológico continuo, en coordinación estrecha con los servicios de planificación familiar.

Resumen

En el presente estudio se hace una extensa revisión bibliográfica mundial del embarazo en las adolescentes.

Se analizan su frecuencia, etiología, implicaciones sociales y médicas, que convierten el embarazo en la adolescencia en un alto riesgo obstétrico – pediátrico y finalmente se hacen recomendaciones para su manejo y prevención.

Summary

The present Study contemplates a wide world bibliographic revision of pregnancy in adolescents.

It analizes its frequency, aetiology, social and medical contradictions, which transform pregnancy in adolescence in a high obstetrics-pediatric risk, and finally there are some recomendations for its management and anticipation.

Bibliografía

1. AMBROSE L. "Misinforming pregnant teenagers". Family planning perspectives. 10 (1): 51 January February, 1978.

2. BALDWIN W.H. "Adolescent pregnancy and childbearing growin concern for americans".

3. BALLARD; GOLD E. "Aspectos médicos y de salud de la reproducción en la adolescente". Clínicas obstétricas y ginecológicas, junio, 1971.

4. BLOCK R.W.; SALTZMAN S.: BLOCK S.A. "Teenage pregnancy". A.D.V. Pediatrics 1981, 28: 75-98.

5. BLUM R.W.; GOLDHAGEN J. "Teenage pregnancy in perspective". Clin. pediatrics. (PHILA), 1981 May. 20 (5): 335-40.

6. BLUMENTHAL N.J.; MARREL D.A.; LANGER O. "Obstetrics in the very young black south african teenager". S. Afr. Med. J. 1982 Apr. 3; 61 (14): 518 - 20.

7. BOGUE D.J. Report of the first interhemispherie conference on adolescent fertility. August 31 to September 4, 1976, Airlie, Virginia.

8. BOLTON G. "Uso de anticonceptivos por adolescentes". Clínicas obstétricas y ginecológicas. Vol. III. 1981: 985-95.

9. BREMBERG S.; SCAND J. SUC. MED., 5 (15), 1977.

10. BUTLER N.R.; ALBERMAN E.; SHATT W. "The congenital malformations perinatal problems". Edimgurgh and London E & E Livingston LTD, 1963, p. 283.

11. DEUTSCH H. "Motherhood". Psichology of Women Vol. II New York. Grune & Stratton, 1945.

12. DOTT A.B.; FORT A.T. "Medical and social factors affecting early teenage pregnancy". A.J. obstet. Gynecoll; 125: 532 1976.

13. DUENHOLTER J.H.; JIMENEZ J.M.; BAUMAN G. "Pregnancy perfomance of patiens under fifteen years of age".- Obstet. Gynecol.; 46:49, 1945.

14. FELICE M.E.; GRANADOS J.L.; ANCES I.G.; HEBEL R; Roeder L.M.; HEALD F. P. "The young pregnant teenager. Impact of comprehensive prenatal care". J. adolescent health care, 1981 Mar; 1 (3): 193-7.

15. GODENNE G. "El embarazo en las adolescentes solteras". Aspectos psicológicos en ginecología y obstetricia II; ediciones PLM, México, 1981.

16. HATCHER S.L.M. "Adolescense experience of pregnancy and abortion: A. Developmental analysis". Journal of youth and adolescence, 2:53, 1973.

17. HICKS J.M.; IOSEFSOHN M.; SILBER T.J.; BOECK R.L. "Adolescent pregnancy testing: with test to use". J. adolescent healtch care, 1981, Sept. 2 (1):45-8.

18. HOWARD M. "Only human: teenage pregnancy and parenthood 1975, 265 p. Seabury Press 815, 2nd, Avenue, New York, 10017, U.S.A.

19. INTERNATIONAL CLEARINGHOUSE-ON ADOLESCENT FERTILITY. A project of the center for population options. "Fertilidad Adolescente. Políticas y Declaraciones Internacionales". Marzo, 1982.

20. JOHSON E.; JOHSON C. "Lo que cambia en tí durante la adolescencia". Editorial Pax, México, 1a. edición en español, febrero, 1972.

21. KLERMAN L.; JAKEL J. "School age mothers: problems programs and policy". Linnet books the shoestring press, INC, Hamden, Connecticut, 06514 U.S.A. 1973.

22. KAUFMAN J. "Aspectos psicológicos de la pubertad". Aspectos psicológicos en Ginecología y Obstetricia I ediciones PLM, México S.A. 1981.

23. LIEBERMAN E.J. "Psichological consequences of adolescent pregnancy and abortion". Paper presented at the conference of research of the consequences of adolescent pregnancy and childbearing. Center for population research national institutes of healtch, Washington D.E., October. 1975.

24. LOPEZ G.; RIAÑO G.; KAREN S. "La embarazada adolescente". Serie de monografías de la C.C.R.P. Vol. 14:109-130 Sept. 1979.

25. LOPEZ G.; RIAÑO G.; LENIS N. "Aborto". Serie de monografías de la C.C.R.P. Vol. 8; dic. 1978.

26. MANSAN F.E.; CERUTTI; M. CONDEMI V.; CORINI L. "Adolescent pregnancy". Ateneo Parmense (Acta Biomed), 1980, 5 (4): 365-9.

27. MORA G. "Anticoncepción para adolescentes". Trabajo presentado en la Asociación para estudio de la reproducción humana, Monterrey, N.L., México Julio 1981.

28. NAEYE R.L. "Teenaged and preteenaged pregnancies: consequences of the fetal maternal competition for nutrients". Pediatrics 1981. Jan, 67 (1): 146-50.

29. OMS "Problemas de la salud de la adolescencia". Ser. Inf. Tecn. No. 308, 1965.

30. OMS. "El embarazo y el aborto en la adolescencia". Ser. Inf. Tecn. No. 583, 1975.

31. OMU A.E.; ORONSAYE A.U.; FAAL M.K.; USUQUO E.E. "Adolescent induced abortion in Benin city Nigeria". Int. J. Gynaecol Obstet 1981, Dec., 19 (6): 495-9.

32. ORTIZ J.D. "Anticoncepción en la mujer adolescente". Conferencia dictada en el curso de actualización en materno infantil y planificación familiar para enfermeras licenciadas C.C.R.P.–PRIF, Medellín, junio 11–13, 1981.

33. PAPALIA D.; OLDS S.W. "A child's World, infancy, through adolescence". New York: Mc Graw–Hill, 1975.

34. PERLMAN S.B.; KLERMAN L.V.; KINARD E.M. "The use of socioeconomic data to predict teenage birth rates. An exploratory study in Massachussets". Public healtch rep., 1981 Jul, Aug. 96, (4): 335-41.

35. POLSKI G.K. "Un married parenthood: potential for growth". Adolescence, 9: 273, 1974.

36. PUFFER & SERRANO. "Características de la mortalidad en la niñez". OPS, Publicación científica No. 262, Washington, Dic. 1972.

37. SEMMENS J.; KRANTZ K. "El mundo del adolescente". Editorial Continental S.A. México, 1a. edición en español, Dic., 1973.

38. STIKLE G.; M.A. PAUL. "Pregnancy in adolescents: scope of the problem". Reprint from contemporary. Obstet. Gynec. June, 1975.

39. TYRER L.; GRANZYNG W. "Anticonceptivos para los adolescentes". Consulta p: 43-46 abril, 1980.

40. URIZA G.; LOPEZ G.; RIAÑO G.; ESTRADA A. "Estudio hospitalario de mortalidad materna". Investigación presentada en el XIV Congreso Colombiano de Obstetricia y Ginecología. Cartagena Dic. 1–4, 1981.

41. WARD P.M.; BIGGS J.S. "Trends in adolescent pregnancies". Aust. No. 2. J. Obstet. Gynaecol, 1981. May. 21, (2): 88-92.

42. WILLIAMS S.J.; Mc INTOSH E.N. "Requeriments for abortion services". American Journal of public healtch, 64: 716, 1974.

43. YOUNGS D.; JENNIFER N. "Consideraciones generales del embarazo de la adolescente". Clínicas obstétricas y ginecológicas, México, junio, 1971.