

¿EL EMBARAZO EN ADOLESCENTES ES SIEMPRE DE ALTO RIESGO?

Dr. Alberto Duarte-Contreras, M.D.*

En la literatura universal sobre embarazo en adolescentes encontramos diversidad de datos, contradictorios en muchas ocasiones en lo que se relaciona a complicaciones del embarazo y del parto, a trabajo de parto, a parto prematuro, a bajo peso de productos, a morbimortalidad materno fetal, a malformaciones congénitas, en forma tal que hacen enigmático este capítulo, más cuando no se ha tenido un concepto definido sobre la edad límite para su estudio. Y entre más trabajos se publican, más enigmáticos se tornan aún algunos de sus problemas. Nos propusimos investigar si el factor edad de por sí es el determinante de ciertas complicaciones del embarazo en adolescentes, o si, por el contrario, como en toda gestante, hay otras causas o circunstancias especiales que comprometen la integridad de esta madre y la de su hijo.

Sabemos que es muy complejo poner en edad límite para el estudio de problemas de adolescencia, pero hemos escogido los 16 años para seguir la orientación que al respecto da Hauffman (17).

Material y Métodos

Tomamos como material de estudio 1.335 Historias Clínicas de adolescentes de 11 a 16 años atendidas en la Maternidad del Hospital San Juan de Dios, Cúcuta, entre el 1° de Enero de 1960 y el 31 de Diciembre de 1974,

todas de bajo nivel socioeconómico. Las dividimos en dos grupos: Grupo A de 11 a 15 años y Grupo B de 16 años. Comparamos los datos obtenidos con el grupo de pacientes de mayor edad, 17 a 44 años.

Resultados

De las 1.335 adolescentes, 668 pertenecen al Grupo A y 667 al Grupo B, lo que nos da una incidencia de 1.65% para cada uno de los grupos, un embarazo por cada 66 pacientes atendidas en el Servicio. El hecho de haber igual número de pacientes en los dos Grupos facilita la comparación de los índices obtenidos.

El aumento acelerado de embarazos en adolescentes a partir de 1966 descendió de manera notoria en 1972 y 1973.

La MENARCA se presentó a los 12.4 años promedio para el Grupo A y a los 13.3 años para el Grupo B, lo que da una edad promedio de 12.8 años para el grupo total de adolescentes. El promedio del Servicio es de 13.4 años (Cuadro 2).

Las RELACIONES SEXUALES se iniciaron entre los 10 y los 15 años.

En el Grupo A hubo 479 solteras (71.7%); en el Grupo B las encon-

* Del Departamento de Gineco Obstetricia del Hospital San Juan de Dios. Cúcuta, Colombia.

CUADRO N° 1

INCIDENCIA POR EDAD Y POR AÑO

Año	Total pacientes	Edad de las adolescentes						Total adolescentes	
		11	12	13	14	15	16		%
1960	1.220	—	—	—	3	4	12	19	1.5
1961	1.782	—	—	—	2	7	21	30	1.2
1962	2.070	—	—	—	5	10	25	40	1.4
1963	2.244	—	—	—	2	14	32	48	1.2
1964	1.883	—	—	1	—	18	27	46	2.4
1965	2.513	—	—	—	8	19	34	61	2.0
1966	3.030	—	—	2	10	33	42	87	2.8
1967	2.583	1	—	1	7	41	38	88	3.4
1968	3.521	—	—	—	12	51	44	107	3.0
1969	3.649	—	1	2	15	50	59	127	3.4
1970	4.252	—	1	1	13	59	77	151	3.5
1971	4.673	—	—	3	19	77	83	182	3.8
1972	4.481	1	1	1	15	14	63	125	2.7
1973	3.895	—	—	2	17	32	51	102	2.7
1974	3.686	—	—	4	11	48	59	122	3.3
Total	45.487	2	3	17	139	507	667	1335	2.9

CUADRO N° 2

MENARCA

Edad	Número de pacientes	
	Grupo A	Grupo B
8	1	—
9	2	—
10	10	—
11	75	40
12	219	103
13	207	190
14	144	213
15	—	105
Sin determinar	10	16

tramos en menor proporción, 359 (53.4%). A medida que aumenta la edad de las adolescentes encontramos un mayor número de casadas (Cuadro 3).

CUADRO N° 3

ESTADO CIVIL

Estado	Grupo A		Grupo B		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Solteras	479	71.7	359	53.4	838	62.5
Casadas	189	28.3	308	46.6	497	37.5
TOTAL	668		667		1335	

Asistieron por una o más veces a CONTROL PRENATAL 130 pacientes del Grupo A (19.1%) y 287 del Grupo B (43%). El promedio de consultas para quienes asistieron a control en el Grupo A fue de 1.7 y de 3.9 en el Grupo B. Vale la pena observar que hubo un mejor control prenatal en el Grupo B, grupo en el cual encontramos el mayor número de casadas.

El 11.9% de las adolescentes del Grupo A y el 8.8% del Grupo B terminaron su embarazo en ABORTO entre las 7 y 14 semanas, siendo más frecuente entre las semanas 12 y 14 (Cuadro 4).

CUADRO N° 4

TERMINACION DEL EMBARAZO

Edad	Aborto		Parto	
	Nº	%	Nº	%
Grupo A	80	11.9	588	88.1
Grupo B	59	8.8	608	91.2
TOTAL	139	10.35	1196	89.65

El índice de aborto para el total de adolescentes atendidas es de 10.35%,

cifra inferior a la del grupo de pacientes de 17 a 44 años del Servicio que es de 20.6% (cifra que incluye un elevado número de abortos provocados). Encontramos dos ABORTOS SEPTICOS en el Grupo B sin que podamos afirmar que se tratase de abortos provocados. A la mayoría de estas pacientes se les practicó legrado instrumental y estudio anatomopatológico del material extraído.

El índice de aborto es más elevado en las gestantes de menor edad como lo observamos en el Cuadro 5.

CUADRO Nº 5

ABORTO

Edad	Total adolescentes	Nº	Abortos	
			Nº	%
11	2	2		100.0
12	3	2		66.6
13	17	8		47.0
14	139	25		17.9
15	507	43		8.4
16	667	59		8.7
	1335	139		10.35

Hubo tres ABORTOS MOLARES en el Grupo B (una MOLA por cada 445 embarazos del grupo de adolescentes).

No encontramos EMBARAZO ECTOPICO.

La TOXEMIA se presentó en el 13.8% del Grupo A y en el 9.3% del Grupo B. La menor frecuencia la encontramos en el Grupo B, el de mayor número de casadas y de mejor consulta prenatal. La frecuencia de Toxemia en el total de adolescentes estudiadas, 11.5%, es alta si la comparamos con el promedio general del Servicio que oscila en el 6.7%, recordando que su incidencia es muy baja entre nosotros por motivos que aún desconocemos. Los primeros síntomas de Toxemia los encontramos de manera tardía en todas nuestras pacientes, siempre después de la semana 33.

El no haber observado Toxemia en el reducido número de pacientes de 11 y 12 años lo explicamos por cuan-

CUADRO Nº 6

TOXEMIA

Edad	Total pacientes	Preeclampsia		Eclampsia		Total	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%
Grupo A	588	45	7.6	31	5.2	76	13.8
Grupo B	608	39	6.4	18	2.9	57	9.3
TOTAL	1196	84	7.0	49	4.1	133	11.5

CUADRO Nº 7

TOXEMIA EN RELACION CON LA EDAD

Edad	Total pacientes	Preeclampsia		Eclampsia		Total	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%
11	—	—	—	—	—	—	—
12	1	—	—	—	—	—	—
13	9	4	44.4	3	33.3	7	77.7
14	114	19	16.6	5	4.3	24	20.9
15	464	22	4.7	23	4.9	45	9.2
16	608	39	6.4	18	2.9	57	9.3
TOTAL	1196	84	7.0	49	4.1	133	11.5

to cuatro de ellas terminaron su gestación en aborto antes de las doce semanas. La mayor incidencia corresponde a las de menor edad, 13 años, 77.7% y disminuye rápidamente a medida que aumenta la edad, como podemos ver en el Cuadro 7 al estudiar las 1.196 adolescentes que terminaron su gestación en parto.

En los dos Grupos fue sensiblemente igual la incidencia de otras COMPLICACIONES DEL EMBARAZO tales como anemia (con hemoglobina inferior a 10 mg.) en el 28.7%, infección de vías urinarias (con urocultivo positivo y más de 100.000 colonias del germen causal) en el 1.2%, sífilis en dos pacientes de 16 años 0.15%, paludismo (malariae y falciparum) en 6 pacientes 0.45%, poliparasitismo intestinal en el 82%, condilomatosis vulvar y vaginal en cuatro 0.3%, problemas de siquismo en

dos, 0.15%. Estas complicaciones no son inherentes a la edad sino al medio en que vivimos, comunes a todos los grupos de edad. Sabemos que serias complicaciones durante el embarazo retardan el crecimiento endouterino fetal y por ende el peso de los productos.

Encontramos tres pacientes del Grupo B con EMBARAZO GEMELAR: uno por cada 222 embarazos; el índice del Servicio es de uno por cada 95 embarazos. Estos embarazos terminaron en parto prematuro entre las semanas 26 y 29, con productos que oscilaron entre los 740 y los 930 gramos con cuatro mortinatos y dos nacidos vivos que murieron en las dos primeras horas de vida.

En relación con la PARIDAD el 98.7% del Grupo A y el 93.9% del Grupo B fueron primíparas (Cuadro 8).

CUADRO N° 8
GESTACION Y PARIDAD

Gesta y Para	Grupo A		Grupo B		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
G. I Primíparas	533	90.6	491	80.6	1024	85.6
G. II Primíparas	37	6.3	46	7.5	83	6.9
Secundíparas	3	0.5	52	8.6	55	4.5
G. III Primíparas	8	1.3	3	0.4	11	0.9
Secundíparas	2	0.4	12	1.9	14	1.1
G. IV Primíparas	3	0.5	2	0.5	5	0.5
Secundíparas	2	0.4	2	0.5	4	0.5
TOTAL	588		608		1196	

De los 1.196 PARTOS (588 del Grupo A y 608 del Grupo B), el 74.8% fueron espontáneos, el 9.5% fueron intervenidos con fórceps, el 9.3% con Vacuum Extractor y el 6.4% con operación cesárea. Los índices del Servicio para gestantes de mayor edad son: 12.3% para el fórceps, 9.5% para el Vacuum y 9.4% para la cesárea. El fórceps y el Vacuum los empleamos de manera preferencial

para acelerar el expulsivo y, en un número muy reducido, para tratar distocias de partes blandas. Las indicaciones y contraindicaciones de las maniobras obstétricas son las mismas para adolescentes y para multíparas de mayor edad (Cuadro 9).

Las PRESENTACIONES muestran índices sensiblemente iguales en los dos grupos, como también en rela-

CUADRO Nº 9

TERMINACION DEL PARTO

Parto	Grupo A		Grupo B		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Espontáneo	465	78.5	428	71.1	893	74.8
Fórceps	53	9.0	65	10.0	118	9.5
Vacuum	39	6.6	73	12.0	112	9.3
Cesárea	31	5.9	42	6.9	73	6.4
TOTAL	588		608		1196	

CUADRO Nº 10

PRESENTACIONES

Presentación	Grupo A		Grupo B		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Cefálica	534	95.8	584	96.2	1148	96.0
Pelvis	13	2.3	17	2.8	30	2.6
Hombro	—	—	3	0.4	3	0.2
No precisada	11	1.9	4	0.6	15	1.2
TOTAL	558		608		1196	

ción con los generales del Servicio (Cuadro 10).

Ciento once partos del Grupo A (18.8%), y treinta y dos del Grupo B (5.2%) fueron PARTOS PREMATUROS, lo que nos da una incidencia de 12% para adolescentes. El 78.1% de los partos prematuros se presentó en gestantes solteras. El menor índice de partos prematuros pertenece al Grupo B, el de mayor número de casadas, de mayor edad y de mejor asistencia prenatal. (Cuadro 11).

CUADRO Nº 11

PARTO

Edad	Total Partos	Prematuro		A término	
		Nº	%	Nº	%
Grupo A	588	111	18.8	477	81.2
Grupo B	608	32	5.2	576	94.8
TOTAL	1196	143	12.0	1053	88.0

Algunas COMPLICACIONES OBSTETRICAS tales como la desproporción céfalo pélvica, la mola hidatiforme, la placenta previa, el desprendimiento

CUADRO Nº 12

COMPLICACIONES OBSTETRICAS

Complicación	Incidencia	
	en adolescentes	en el Servicio
Prolapso cordón	1 por 1196 partos	1 por 134 partos
D. P. P. N.	1 por 608 partos	1 por 214 partos
Placenta previa	1 por 598 partos	1 por 296 partos
Distocia partes bl.	1 por 237 partos	1 por 205 partos
Ruptura prem. membr.	1 por 132 partos	
Despr. céfalo pélv.	1 por 59 partos	1 por 133 partos
Ruptura uterina	no hubo	1 por 177 partos
Mola hidatiforme	1 por 445 embarazos	1 por 543 embarazos

prematureo de placenta normoinserata, el prolapsos del cordón, la ruptura uterina, cuando se presentaron, tuvieron un índice inferior al general del Servicio (Cuadro 12).

La DURACION DEL TRABAJO DE PARTO fue igual en los dos grupos: 12 horas en promedio, cifra semejante a la de un grupo de mil primíparas de 20 a 30 años: 11 horas. El trabajo más corto, 4 horas, se encontró en 5 pacientes de 13 y 14 años. Todos los trabajos superiores a 18 horas (32 del Grupo A y 24 del Grupo B) se encontraron en pacientes que llegaron tardíamente al Servicio.

La MORBILIDAD MATERNA durante el puerperio fué:

endometritis	37	3.1%
anemia	21	1.8
inercia uterina	13	1.1
dehiscencia de episiorrafia	10	0.8
dehiscencia de pared	8	0.6
mastitis	6	0.4
insuficiencia renal aguda	2	0.1
sicosis puerperal	2	0.1
TOTAL	99	8.0%

El Promedio de PERMANENCIA EN EL SERVICIO es de 2.6 días paciente para el parto vaginal y 6.9 para el parto por cesárea, tanto en el grupo de adolescentes como en el de mayor edad.

Tuvimos cuatro MUERTES MATERNAS por eclampsia, todas primíparas solteras: dos del Grupo A (0.3%) y

dos del Grupo B (0.3%); una de 13 años murió media hora después de su ingreso, una de quince años murió al tercer día y dos de 16 años (una murió a las 24 horas y otra a los 10 días, ambas por insuficiencia renal aguda). Todas llegaron en estado convulsivo.

En relación con el PESO DE LOS PRODUCTOS encontramos una gran diferencia entre el Grupo A y el Grupo B. E nel Grupo A el 22.3% tuvo un peso inferior a los 2.500 gr., en cambio en el Grupo B sólomente el 11.3% no alcanzó este peso; ello nos da un índice promedio de prematuridad para adolescentes de 16.8%, índice muy alto al compararlo con el 8.1 del Servicio. El 56.3% del total de adolescentes (50.4% del Grupo A y 62.3% del Grupo B) dieron a luz productos con peso superior a los 3.000 gramos. La mayoría de los productos con peso inferior a los 2.500 gr. se encontraron en las pacientes que habían presentado serias complicaciones durante el embarazo (el 39.2% nacieron de madres con toxemia), dato digno de tenerse en cuenta para futuros trabajos prospectivos. Bien sabemos que el bajo peso del niño al nacer aumenta los riesgos de morbi mortalidad post-natal y que en productos por debajo de 2.000 gr. la mortalidad neonatal aumenta del 4 al 50%. (Cuadro 13).

Encontramos 25 MORTINATOS en el Grupo A (3.7%), y 21 en el Grupo B (3.1%); ello representa una MOR-

CUADRO N° 13
PESO DE LOS PRODUCTOS

Peso de los productos	Grupo A		Grupo B		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
menos de 2.500 g.	131	22.3	69	11.3	200	16.8
2.500 a 2.999 g.	156	26.5	149	24.5	305	25.5
3.000 a 4.460 g.	297	50.4	378	62.3	275	56.3
no especificado	4	0.8	12	1.9	16	1.4

TINATALIDAD para productos de adolescentes de 3.4%, inferior a la general del Servicio que es de 5.4%.

Veintiún MORTINEONATOS eran del Grupo A (3.3%) y 23 del Grupo B (3.5%), correspondiendo en su mayoría a productos inmaduros, a hijos de pacientes con eclampsia o con amniotitis y, en algunos, con componente iatrogénico.

EL INDICE DE MORTALIDAD PERINATAL no depurada es de 6.8% para el total de adolescentes, índice inferior al general del Servicio que es de 7.18%.

Las MALFORMACIONES CONGENITAS fueron aparentes en 7 productos del Grupo A y en 5 del Grupo B (1.2% y 0.8% respectivamente), lo que nos dá un índice de 1% para el total de adolescentes, cifra similar a la del grupo de mayor edad que es de 0.97%.

CUADRO Nº 14

MALFORMACIONES CONGENITAS

Malformación	Grupo A	Grupo B
Polidactilia	2	—
ectopia testicular	1	—
pie chapin	1	1
equipo valgo	1	1
leporino con paladar hendido	1	—
microcefalia con craneosinostosis	1	1
acrodisplasia neonatal	—	1
hernia umbilical	—	1
mielomeningocele	—	1
TOTAL	7 1.2%	5 0.82%

Comentarios

El descenso de gestantes adolescentes a partir de 1972 puede obedecer a la campaña de planificación familiar adelantada en el Servicio Hospitalario, en los diferentes Centros de

salud y en Profamilia, como también a los ciclos de orientación sexual que en gran escala se están dando a conglomerados en los barrios de la ciudad. Si a esta campaña agregáramos la cátedra de orientación sexual en escuelas y colegios desde temprana edad como lo prevee el pensu moficial para educación primaria en Colombia, veríamos, ciertamente, una baja muy apreciable del número de embarazos en el despertar de la vida.

Este comienzo temprano de orientación sexual está justificado en el Cuadro 2 donde apreciamos que la menarca en nuestro medio se presenta a muy corta edad y que las relaciones sexuales no son desconocidas por muchas niñas hasta de 10 años.

La falta de asistencia al control prenatal, común en todos los estudios revisados (14, 16, 22, 28, 30) se explica por múltiples razones, siendo tal vez la principal el hecho de que el 62.5% sean solteras. La vergüenza a que se descubran sus relaciones sexuales prematrimoniales, o su embarazo oculto, o la decisión a desconocer su situación, o la ignorancia, o la rebeldía, las alejan del control prenatal.

Las gestantes solteras de esta edad son personas sin hogar formado en el 85% de los casos, repudiadas muchas veces por los padres y familiares, "expulsadas" de escuelas y colegios por su actitud, miradas con recelo por la sociedad, que van a la deriva sin profesión alguna definida, carentes de toda preparación para trabajo alguno, expuestas a la prostitución o a la vagancia. Ello hace que a más del trauma emocional agreguen la falta de techo, la alimentación insuficiente, al dieta voluntaria, más compresión abdominal con fajas para ocultar la gestación, la falta de dirección y orientación hacia un cen-

tro de control prenatal, como resultado de condiciones culturales, legales, sociales y emocionales, todas de difícil pero de posible solución; factores éstos que aumentan la incidencia de anemia, de desnutrición, de enfermedades venéreas y que elevan el índice de abortos, de toxemia, de partos prematuros, de productos de bajo peso, de malformaciones congénitas y demás complicaciones obstétricas no inherentes al factor edad, sin la menor duda. Prueba de ello el hecho de que en el Grupo B, con mayor porcentaje de casadas y por ende con mejor estabilidad emocional y socio económica, bajan considerablemente las tasas de complicaciones obstétricas y de sus secuelas.

Se admite que el factor etiológico primordial del aborto en gestantes muy jóvenes es la baja edad; sin embargo, nadie ha investigado las anomalías uterinas, las zoonosis, las hemopatías y una serie de alteraciones funcionales que hayan podido acarrear el aborto de las pacientes estudiadas. La observación de que cuando la adolescente aumenta en edad y adquiere una cierta estabilidad socio-económica merced al matrimonio, disminuye el índice de abortos, f de que éstos se presentan con mayor frecuencia en el grupo de solteras, nos autoriza a pensar que un factor principal etiológico podría ser el factor síquico, emocional, y no el factor edad.

Nuestra casuística, como todas las consultadas (2, 5, 6, 7, 9, 10, 11, 14, 17, 18, 20, 22, 25, 28, 29) dan un mayor índice de Toxemias en las adolescentes de menor edad (28% en la serie de Musio para adolescentes de 12 a 14 años). Clark afirma que la toxemia es el mayor problema en las adolescentes muy jóvenes (9) tal vez por mala disposición en el desarrollo para la reproducción o por falta de madurez del sistema endocrino (20,

24). Schmitz y Towe dicen que fuera de la gran incidencia de toxemia no tuvieron otro problema obstétrico ni en el embarazo, ni en el parto ni en el puerperio de doscientas gestantes adolescentes (29). Algunos autores observan en sus series que a pesar de los buneos cuidados prenatales, las adolescentes grávidas tienen una mayor incidencia de toxemia que las mujeres de mayor edad (9, 20, 29). La sintomatología toxémica en nuestras pacientes fue más benigna que en las del grupo de mayor edad, y regresaron más rápidamente a la normalidad, salvo en las cuatro pacientes que murieron. En ninguna de las toxémicas encontramos alsa tensional por encima de 18; en cambio la proteinuria se manifestó con cifras elevadas en un gran porcentaje. No encontramos aumento exagerado de peso. Moreno y colaboradores observaron (22) que las eclámpticas mayores de 17 años acusaron prematuridad y morbilidad neonatal más elevada que las de menor edad.

Será el factor edad por sí mismo el causante del alto índice de toxemia? Es una pregunta que está en estudio y cuya respuesta aún desconocemos. Es un enigma. Hay múltiples causas en estas pequeñas pacientes que bien podrían discutirse como predisponentes: constitucionales o somáticas unas, tales como la desnutrición crónica, la anemia, la hipoarterialización primaria del útero (3, 15, 22); comunes otras a toda gestante, tales como las infecciones urinarias, el embarazo molar, el embarazo gemelar, el polihidramnios, la sobredistensión uterina; y primordialmente las de origen síquico por el tremendo impacto emocional que las lleva rápidamente a la anorexia, al insomnio, a la hiperemesis, a un estado de permanente zozobra, a la desesperación.

En el 37.8% de las pacientes a quienes se les practicó operación cesárea encontramos como causa la desproporción feto pélvica; como dato curioso, todos los productos en estos casos estuvieron por debajo de los 3.000 gr., en tanto que en partos con productos de mayor peso, que lo fueron el 56.3% no encontramos este factor causal, lo que nos hace pensar que pudiera haber sido una "manera paternal", muy explicable por cierto, de acortar en estas niñas el tiempo de trabajo de parto, sobre todo en aquellas que llegaron al Servicio con trabajo prolongado. En ninguna se hizo diagnóstico radiológico de estrechez pélvica. Bien sabemos que la porción ósea del conducto pélvico es adecuada para el paso de un producto normal a término pocos meses después de la menarca. La menor edad no implica un aumento en el índice de cesáreas (7, 12, 25); ello hizo decir a Harris en 1922 que la época ideal de una mujer para tener hijos está entre los 12 y los 16 años (17).

El índice de productos de bajo peso al nacer, 16.8%, no lo consideramos alto si tenemos en cuenta que el 12% de los partos fue prematuro y que en ellos jugaron papel preferencial complicaciones importantes tales como la desnutrición, la anemia, el paludismo, la toxemia, el desprendimiento prematuro de placenta normoinsera. Esto nos induce a pensar que el factor edad por sí no es el único causante del bajo peso de los productos.

Se ha dicho que hay un mayor índice de deficiencia mental en hijos de madres menores de 15 años. Los cuatro casos que hemos podido constatar corresponden a productos de madres eclámpticas nacidos con peso inferior a los 2.000 gramos. "Los estudios de predicción y retrospectivos

concuerdan, en general, en que el nacido prematuramente se halla en desventaja manifiesta en cuanto a los aspectos de complicaciones neurológicas y deficiencia mental" y se ha encontrado alta frecuencia de prematuridad entre los escolares retrasados (1, 3).

La mortinatalidad, 3.1% encuentra explicación en el índice de eclampsia y en la presencia de otras severas complicaciones del embarazo y del parto, causantes siempre de una tasa muy elevada de mortinatalidad (1, 23, 32).

La mortalidad neonatal temprana, 3.4%, es la respuesta lógica al bajo peso de los productos al nacer y a la patología que encontramos en nuestras pacientes durante su gestación o su parto, complicaciones no inherentes a la adolescente: sífilis, paludismo, epilepsia, anemia, desnutrición, DPPN, ruptura prematura de membranas, trabajo prolongado, a más de las malformaciones congénitas mayores y de tantas otras que se nos pasan desapercibidas aún post mortem por falta de autopsia. Ello nos permite pensar que la edad no sea el factor primordial determinante del aumento de mortalidad perinatal ni de la morbilidad de estos productos (15). El índice de mortalidad perinatal en nuestra casuística es inferior al General del Servicio.

Está demostrado que hay una fuerte relación entre la mortalidad perinatal y la clase económica, y que la prematuridad y sus complicaciones son los factores causales primarios o de asociación que guardan relación con la mortalidad perinatal (26).

Conclusiones

La adolescente en gestación puede llevar su embarazo a término, con un producto de peso normal, sano, al

igual que las gestantes de mayor edad y del mismo nivel socio económico.

El verdadero problema del embarazo a esta temprana edad es la Toxemia, causante de los partos prematuros, de los productos de bajo peso al nacer, de la morbimortalidad materno fetal y, por ende, del grave peligro del retardo mental de los productos.

Las complicaciones del embarazo, del parto y del puerperio se encuentran con una incidencia muy similar a la observada en grupos de mayor edad y de iguales condiciones socio económicas. El factor edad en sí, no es el responsable directo de tales complicaciones.

La indicación y contraindicación de las maniobras obstétricas en nada se diferencian de las conocidas para la generalidad de las pacientes.

Teniendo en cuenta el alto, imprevisible e incontrolable índice de toxemias, el tremendo impacto emocional causante de serias complicaciones durante el embarazo, el parto y el puerperio, y las funestas repercusiones socioeconómicas que conlleva el embarazo en adolescentes, nos obliga a considerarlo siempre como "EMBARAZO DE ALTO RIESGO".

La profilaxis sería la formación moral de la niña en el hogar, la orientación sexual desde temprana edad y más tarde el control natal, cuando se haga necesario.

Resumen

Al estudiar 1.335 embarazos en adolescentes hasta de 16 años encontramos una incidencia de un embarazo por cada 66 pacientes del Servicio. El 10.35% terminaron en aborto. La Toxemia se presentó en el 11.5%. El 74.8% de los partos fueron

espontáneos, 9.5% por fórceps, 9.3% por vacuum y 6.4% por operación cesárea. El 12% de los partos fueron prematuros. Las complicaciones obstétricas fueron inferiores a las del grupo de mayor edad. La duración del trabajo de parto fue de 12 horas. Tuvimos mortalidad materna de 0.3% en eclámpjicas. El 16.8% de los productos tuvieron un peso inferior a los 2.500 gramos. El 3.4% de los productos fueron mortinatos y el 3.4% mortineonatos. En el 1% de los recién nacidos hubo malformaciones congénitas aparentes. Se dan conclusiones.

BIBLIOGRAFIA

- 1 APGAR, V. Comentarios de la prematuridad. Clin. Obstét. Gin. de Norte Am. 741, 1964.
- 2 AZNAR, R. and BENNET, A. E. Pregnancy in the adolescent girl. Am. J. Obst. Gyn. 81: 934, 1961.
- 3 BALLARD, W. M. y GOLD, E. M. Aspectos médicos y de salud de la reproducción en la adolescencia. Clin. Obstét. Gin. Norte Am. 338, 1971.
- 4 BRIGGS, R. M., MARREN, R. R. and THOMPSON, W. B. Pregnancy in the young adolescent. Am. J. Obstet. Gynec. 84: 436. 1962.
- 5 CASTELLANOS, R., AGUERO, O., FRANCO, G. y MORENO, L. Estudio sobre mil madres adolescentes menores de 15 años. Rev. Obst. Gin. Venezuela. 29: 65, 1969.
- 6 CASTELLANOS, R., AGUERO, O., FRANCO, G. y ALLER, J. Estudio de la gestante adolescente. Rev. Obst. Gin. Venezuela. 30: 197, 1970.
- 7 CASTELLANOS, R., AGUERO, O., FRANCO, G. y ALLER, J. Cesárea en adolescente precoz. Rev. Obst. Gin. Venezuela. 31: 439, 1971.
- 8 CASTELLANOS, R., AGUERO, O., ALLER, J., FRANCO, G. y NEUMAN, G. Problemas de la gestante de 15 y 16 años de edad. Rev. Obst. Gin. Venezuela. 32: 2, 1972.
- 9 CLARK, J. F. Toxemia is major complication in teen pregnancy. Ob. Gyn. News. 5: 35, 1970.
- 10 CLARK, J. F. Obstetricia en adolescentes. Dedicaciones obstétricas y ginecológicas. Clin. Obstét. Gin. Norte Am. 1026, 1971.

- 11 CODEMUS, M. y FANEITE, P. Gestaciones juveniles. Rev. Obst. Gin. Venezuela. 31: 427, 1971.
- 12 DUARTE CONTRERAS, A. Embarazo en adolescentes de 11 a 15 años. Rev. Colomb. Obst. Gin. 24: 259, 1973.
- 13 FERNANDEZ, J. A. Mesa redonda sobre embarazo de alto riesgo. Memorias VII Congr. Lat. Amer. Obst. Gin. Quito. Tomo 3 Nº 3515, 1973.
- 14 GOMEZ, P. J. M. Obstetricia en adolescentes. Rev. Colomb. Obst. Gin. 23: 353, 1972.
- 15 GUERRERO, S. A., CHAVEZ, A. J., GONZALEZ, H. R., PEREDO, E. J. J. y KARCHMER, K. S. El riesgo del embarazo en la paciente adolescente. Ginec. Obstet. Méx. 221: 119, 1975.
- 16 HASSAN, H. M. and FALLS, F. H. The young primipara. Am. J. Obstet. Gynec. 88: 256, 1964.
- 17 HUFFMAN, J. W. "Embarazo en las jóvenes y adolescentes" en Ginecología en la infancia y en la adolescencia. Ed. Salvat. Pág. 589, 1971.
- 18 ISRAEL, S. L. and WONTERSZ, T. B. Teenage obstetrics. Am. J. Obstet. Gyn. 85: 659, 1963.
- 19 LEWIS, B. V. and NASH, P. J. Pregnancy in patients under 16 years. Brit. Med. J. 2: 733, 1967.
- 20 MARCHETTI, A. and MENAKER, J. Pregnancy and the adolescent. Ann. J. Obst. Gynec. 59: 1013, 1950.
- 21 MORALES, P., ARCAY, A. y ECCARI, R. Primiparidad precoz. Rev. Obst. Gin. Venezuela. 30: 225, 1970.
- 22 MORENO, L. F., MORENO, E. M. y SANABRIA, D. B. Preeclampsia y eclampsia en la adolescente muy joven. Rev. Obst. Gin. Venezuela. 25: 147, 1975.
- 23 MORENO, L. F. y MORENO, E. M. Morbilidad perinatal en eclampsia. Rev. Obst. Gin. Venezuela. 34: 369, 1974.
- 24 MONTAGU, A. The reproductive development of the female. 2a. ed. The Julian Press, Inc. New York, 1957.
- 25 MUSSIO, T. Primigravidas under age 14. Am. J. Obst. Gyn. 84: 442, 1962.
- 26 OSOFSKY, N. J. y KENDAL, N. Pobreza cómo factor de riesgo. Clin. Obstét. Gin. Norte Am. 101, 1973.
- 27 PCLIAKOFF, S. R. Pregnancy in the young primigravida. Am. J. Obstet. Gynec. 76: 746, 1958.
- 28 RUIZ, V. V. y PERAZA, Z. M. A. Gestación en la adolescente. Ginec. Obstet. Méx. 208: 117, 1974.
- 29 SCHMITZ, M. and TOWNE, J. Adolescent primigravida. Surg. Gynec. and Obst. 84: 962. 1947.
- 30 SUAREZ, D., LAGUNA, E., FARIA, N. y NEUMAN, G. Nuestra gestante joven. Rev. Obst. Gin. Venezuela. 30: 205, 1970.
- 31 SZCZEDRIN, W. Estudio de la embarazada adolescente. Rev. Obst. Gin. Venezuela. 35: 25, 1975.
- 32 WALLACE, H. M. Factores relacionados con la mortalidad y morbilidad perinatales. Clin. Obstét. Gin. Norte Am. 13, 1970.