

# Adolescente embarazada

Dr. Jorge Peláez Mendoza

Especialista en Primer Grado en Ginecología y Obstetricia"

Presidente de la Sección Infanto-Juvenil de la Sociedad Cubana de Obstetricia y Ginecología.

En los países desarrollados y en las sociedades industrializadas, se reconoce la adolescencia como grupo de población bien definido. Sin embargo, en las naciones en desarrollo, es relativamente reciente su reconocimiento como etapa de la vida con características propias (1).

La adolescencia fue considerada por largo tiempo sólo como un tránsito entre la niñez y la adultez, sin dedicarle mayor preocupación (2). En la actualidad, se considera como una etapa de la vida del ser humano donde ocurren complejos cambios biológicos, psicológicos y sociales que provocan que sea cada vez más necesario dedicarle nuestra atención (3), ya que se producen importantes cambios fisiológicos, somáticos, mentales, emocionales y sociales que conducen al individuo hacia la madurez del adulto.

Por otra parte, la evolución de la madurez biológica, psicológica y social se ha ido separando progresivamente con el paso de los años. En lo biológico se observa claramente un descenso en la edad de la menarquía, lo que le permite a la adolescente ser madre a edades tan tempranas como a los 11 años.

La madurez psicosocial, en cambio, tiende a desplazarse a edades más avanzadas debido al largo proceso de preparación que requiere un adolescente para llegar a ser autovalente en ambos sentidos (4).

Ruoti (3), plantea que el embarazo a cualquier edad constituye un hecho biopsicosocial muy importante, pero la adolescencia lleva a una serie de situaciones que pueden atentar tanto contra la salud de la madre como la del hijo y constituye un problema de salud que no debe ser considerado solamente en términos del presente, sino del futuro por las complicaciones que acarrea.

Es una cuestión ampliamente reconocida en el campo de la salud el hecho que

la fecundidad presenta mayores riesgos asociados, tanto para la madre como para el hijo, cuando se ejerce en las edades extremas de la vida reproductiva de la mujer; la mortalidad relacionada con la reproducción (materna, fetal tardía, neonatal e infantil) presenta tasas más altas en las madres menores de 20 años y en las mayores de 35 (5), lo que determina la clásica morfología descrita como "Curva en J" o en "V" en los países de mayores tasas de mortalidad en el grupo de menores de 20 años (6).

Los riesgos médicos asociados al embarazo en las madres adolescentes, tales como la patología hipertensiva, la anemia, el bajo peso al nacer, el parto prematuro, la nutrición insuficiente y otras, determinan elevación de la morbimortalidad materna y un aumento estimado de 2 a 3 veces en la mortalidad infantil cuando se compara con los grupos de edades entre 20-29 años (7).

En las adolescentes el mayor riesgo comparativo observado no parece ser debido tanto a las especiales condiciones fisiológicas sino, más bien, a las variables socioculturales y a las condiciones de cuidado y atención médica que se les proporciona (8). Es frecuente que esos embarazos se presenten como un evento no deseado o no planificado con una relación débil de pareja, lo que determina una actitud de rechazo y ocultamiento de su condición por temor a la reacción del grupo familiar, lo que provoca un control prenatal tardío o insuficiente (6).

El embarazo irrumpe en la vida de los adolescentes en momentos en que todavía no alcanzan la madurez física y mental, a veces en circunstancias adversas como son las carencias nutricionales u otras enfermedades, y en un medio familiar poco receptivo para aceptarlo y protegerlo (7, 8).

El embarazo es más vulnerable a mayor cercanía de la menarquía, recién des-

pués de cinco años de edad ginecológica, la joven alcanza su madurez reproductiva; por esta razón las gestaciones que se inician en los primeros 5 años de postmenarquia adquieren especial prioridad por los mayores riesgos maternos y perinatales que tienen.

Las patologías maternas, perinatales y del recién nacido son más frecuentes en las mujeres menores de 20 años y, sobre todo, en los grupos de edades más cercanas a la menarquía (menor de 15 años).

En la experiencia clínica de Rico de Alonso (4), el 80% de los niños hospitalizados por desnutrición severa eran hijos de madres adolescentes. En los países que cuentan con suficientes recursos de salud para ofrecer a mujeres de todas las edades niveles adecuados de atención prenatal y durante el parto, es imposible reducir la mayoría de los efectos adversos relacionados con el proceso gestacional en las adolescentes embarazadas (9, 10). Experiencias reportadas por diferentes grupos médicos desde la década de los 60, señalan que el embarazo en adolescentes es un hecho que sobrepasa los factores meramente biológicos, por lo que se requiere proporcionar una atención médica integral, en un ambiente adaptado a la psicología y problemática de la adolescente embarazada; este enfoque se expresa en una disminución de las complicaciones obstétricas y perinatales (7, 11), lo cual es planteado también por otro grupo dedicado a la atención de este tipo de gestantes (12).

Según diversas publicaciones (3, 7, 13) es importante destacar que la mayoría de las adolescentes embarazadas son primigestas, (del 73% al 93%). El primero plantea riesgos específicos que se suman a los derivados de la inmadurez fisiológica en la adolescente. Por ejemplo: la preeclampsia o hipertensión inducida por la gestación, es más frecuente en jóvenes, de bajo nivel socioeconómico y en el primer

embarazo, condiciones que reúnen con frecuencia las adolescentes embarazadas (14, 15).

En el desarrollo de ese cuadro clínico, entre otros, se invoca una posible falla en el mecanismo inmunológico adaptativo que permite el desarrollo de la estrecha interrelación entre el organismo materno y su huésped.

El feto, por tener un 50% de su estructura antigénica de origen paterno, viene a ser una especie de injerto; este fallo se ha relacionado con factores tales como la inmadurez del sistema inmunológico materno, o bien, con una alteración funcional, que en parte podría estar asociada a una condición de mala nutrición materna, muy común en gestantes muy jóvenes (16).

De forma global se describe mayor morbilidad en la gestación de la adolescente, en tanto que de forma reducida se puede clasificar por períodos de la gestación; en la primera mitad se destacan el aborto, la anemia, las infecciones urinarias, y la bacteriuria asintomática. En la segunda mitad los cuadros hipertensivos, las hemorragias asociadas a patologías placentarias, la escasa ganancia de peso con malnutrición materna asociada, síntomas de parto prematuro (contractilidad anormal) y la rotura prematura de las membranas ovulares (3, 7, 14).

En relación con el producto sobresalen dos condiciones: el Bajo Peso al Nacer (BPN), tanto por nacimiento pretérmino como por Recién Nacido Bajo Peso para la edad gestacional (5).

Se ha descrito un mecanismo común que podría explicar diversas patologías propias del embarazo que muestran mayor frecuencia en adolescentes, como son: hipertensión arterial materna, prematuridad, retardo del crecimiento intrauterino (CIUR) y el desprendimiento prematuro de la placenta. Se ha postulado una falla en los mecanismos fisiológicos de adaptación circulatoria al embarazo "Síndrome de Mala Adaptación Circulatoria", cuyas diversas manifestaciones clínicas pueden presentarse por separado o asociadas entre sí, a nivel materno y/o fetal (15).

En el período del parto, los problemas más frecuentes son las alteraciones en la presentación y en la posición del feto, que se han relacionado con un desarrollo incompleto de la pelvis materna. Esto determina una incapacidad del "Canal del Parto" para permitir el paso del polo cefá-

lico fetal; estas distocias provocan aumento de los partos operativos (fórceps y cesáreas). Otra manifestación del desarrollo incompleto del aparato genital de la madre adolescente es la estrechez del "Canal Blando", que favorece las complicaciones traumáticas del tracto vaginal (8). Este hallazgo implica alto riesgo de lesiones anatómicas (desgarros), así como mayor probabilidad de hemorragias e infecciones en un terreno materno que puede estar comprometido por la desnutrición y las anemias previas. La estrechez de cualquiera de las dos porciones del canal del parto (ósea o blanda), implica un mayor peligro de parto traumático para el feto que presenta amplia variedad y grado de severidad (5, 7, 8).

Al analizar la incidencia de morbilidad del embarazo y parto de la madre adolescente que muestra la literatura consultada (17, 18), debía esperarse que la hipoxia del periparto, traducida clínicamente como la muerte fetal intraparto y la

depresión neonatal severa, fuera más frecuente en este grupo de riesgo; sin embargo, son escasos los trabajos que apoyan esta observación (18), que no coincide con otros autores (5, 8) que afirman no encontrar diferencias significativas en los resultados perinatales, excepto al Bajo Peso al Nacer, al comparar grupos iguales de madres adolescentes y en edades óptimas para el embarazo (19).

Para finalizar, podemos afirmar que son numerosos los argumentos para decir que el embarazo en la adolescencia se comporta como de riesgo elevado, por lo que se hace necesario el desarrollo de políticas serias de salud y, sobre todo, de educación sexual y sanitaria que se encaminen a la reducción de las tasas de embarazo en este grupo etáreo, lo que garantizará un mejor pronóstico de vida, tanto para la madre como para su futura descendencia, y una repercusión positiva en el desarrollo futuro de la sociedad.

#### Bibliografía:

1. ROSSELOT, J.: "Adolescencia: Problemática de Salud del Adolescente y Joven en Latinoamérica y El Caribe". "Pediatria". Menehello, Intermédica, 2a. edición 1993.
2. LUENGO, CH., X.: "Definición y características de la adolescencia". "Embarazo en Adolescentes". Diagnóstico, 1991. ERNAM UNICEF Stgo. de Chile, 1992.
3. RUOTI M, RUOTI A., et al: "Sexualidad y Embarazo en Adolescentes". Instituto de Investigaciones de Ciencias de Salud. Universidad de Asunción, Paraguay: 1992.
4. RICO DE ALONSO, A.: "Madres Solteras Adolescentes": Edit. Colombia LTDA. Bogotá, 1986.
5. CASTRO SANTORO, R.: "Adolescente Embarazada: Aspectos Orgánicos". Embarazos en adolescentes. Diagnóstico 1991. SERNAM UNICEF Primera Ed. Stgo. de Chile, 1992.
6. MOLINA, R.: "Sistemas de atención para adolescentes embarazadas". La Salud del Adolescente en Chile. Ediciones R. Florenzano, M. Magdaleno, E. Bobadilla, P. 195-231, Stgo de Chile, 1988.
7. ELSTER, A.B.; LAMB, M.E.: "The Medical and Psychosocial Impact of a Comprehensive Care on Adolescent Pregnancy and Parenthood". J.A.M.A. 258: 1187 - 1192. 1987.
8. BELITZKY, R. et al: "Resultados Perinatales en Madres Jóvenes: Estudio Comparativo en Maternidades Latinoamericanas". La salud del adolescente y el joven en las Américas. Publicación científica OPS/OMS No. 489, p.p. 221-272. 1985.
9. I.P.P.F.: "Embarazo en Adolescentes en América Latina y el Caribe" No. 356. Octubre, 1988.
10. SINGH, S.; WULF, D.: "Adolescentes de Hoy, Padres del Mañana". Alan Guttmacher Institute. New York, 1990.
11. MOLINA R.: "Salud Reproductiva del Adolescente". Revista del Hospital Clínico. Universidad de Chile 1:18-20. 1990.
12. MOLINA, R. et al: "Resultados de un Modelo de Atención Médica para Adolescentes Embarazadas". Rev. Med. de Chile. 113: 154-161, 1985.
13. VILLASECA, P.: "La Embarazada y la Madre Adolescente: Aspectos Biomédicos". Sexualidad y embarazo en adolescentes. Consejo de Educación de Adultos en América Latina. Stgo. de Chile: 1989.
14. CASTRO SANTORO, R. et al: "Preeclampsia Pura en Adolescentes Embarazadas". Perinatología y Reproducción. Vol. 2/2: 3-8, Stgo. de Chile, 1989.
15. WALLEMBURG, H.C.: "Prevention of Hypertensive Disease of Pregnancy" Clin. Expert. Hypert. In Pregnancy B7: 121-137.
16. SIBAI, B.M.: "Immunologic Aspects of Preeclampsia" Clin. Obstet. Gynecol. 34: 27-34: 1991.
17. DESCHAMPS, J.P.: "Embarazo y Maternidad en la Adolescente". Editorial Herder. Barcelona, España, 1979.
18. GUERSCHANICK, G. et al: "Resultados Perinatales según Edad Ginecológica en Adolescentes de una Hospital Público". Libro de Contribuciones III Congreso Latinoamericano de Ginecol. y Obst. Infante-Juvenil. Stgo. de Chile.
19. GIL SANDA, M. et al: "Resultados Perinatales Comparativos entre Madres Primigestas, Adolescentes Precoces y Primigestas Adultas". Libro de Contribuciones IV Congreso Latinoamericano de Ginecología y Obst. Infante-Juvenil, Isla Margarita, Venezuela, 1995.