

EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA TEMPRANA

Dr. Guillermo Baquero Medrano **
Dr. Hams Baca Betancourt *

Introducción.

Debido a las características de la reproducción humana en el Ecuador con una alta tasa de natalidad de alrededor de 44 por mil y una tasa de mortalidad del orden del 10 por mil, le coloca a éste entre los países con predominio de población joven, con un 56 por ciento menores de 20 años. Este hecho hace suponer que participen en la reproducción un porcentaje alto de adolescentes, lo cual nos ha motivado para llevar a cabo un estudio del embarazo en este grupo de edades.

A esta proporción tan elevada de menores de 20 años, hay que añadir el bajo promedio de la edad matrimonial de la población ecuatoriana. Según datos de 1974, el 18 por ciento de los hombres comprendidos entre los 15 y 24 años eran casados, porcentaje que subía al 38 por ciento en el caso de las mujeres comprendidas en esas edades, situación que contrasta con los promedios de otros países, en los cuales los porcentajes suelen ser de 5 para los hombres y de 12 para las mujeres. Este bajo promedio de la edad matrimonial de la población ecuatoriana provoca evidentemente, una extensión del período reproductivo y con ello un fuerte incremento de la tasa de natalidad.

Material y Métodos.

La casuística presentada incluye las adolescentes entre 12 y 16 años que dieron a luz en la Maternidad Isidro Ayora de Quito en el período comprendido entre el 1o. de enero y el 31 de diciembre de 1979. En este mismo período dieron a luz en el mencionado hospital un total de 13.166 mujeres, todas de los estratos pobres de la ciudad de Quito y poblaciones cercanas.

Resultados.

En el cuadro número 1 se presenta la distribución por edades, correspondiendo el mayor número de adolescentes de 16 años.

En el cuadro número 2 se muestran las complicaciones del embarazo. La complicación más frecuente es la anemia con un 15.2 por ciento seguida de peso bajo al nacer con un 14.4 por ciento y la toxemia en tercer lugar con un 5.7 por ciento.

CUADRO 1
DISTRIBUCION SEGUN EDADES

EDAD (años)	NUMERO DE PACIENTES	PORCENTAJE
12	1	0.41
13	2	0.82
14	10	4.13
15	40	16.52
16	189	78.09
Total	242	99.97

CUADRO 2

COMPLICACIONES NUMERO DE PORCENTAJE
PACIENTES

Anemia	37	15.2
Peso bajo al nacer	34	14.4
Toxemia	14	5.7
Mortinatos	9	3.7
Presentación de nalgas	8	3.3
Total	102	42.3

La anemia se diagnosticó cuando la paciente presentaba 10.5 de hemoglobina o menos. Del grupo de toxémicas, 4 pacientes tuvieron eclampsia y las 10 restantes fueron pre-eclámpticas. El porcentaje de toxemia de 5,7 es relativamente bajo comparado con resultados de otros trabajos realizados con grupos similares de edad.

De los mortinatos se encontró que, en uno la causa de la muerte fue placenta previa y había llegado a las 37 semanas de gestación. En otro se anotó como causa de muerte la procidencia de cordón. En un tercero, la muerte ocurrió en las 25 semanas de gestación y en los restantes no hubo causa aparente de muerte.

La vía más corriente del parto fue vaginal. Hubieron 8 pacientes con feto en presentación de nalgas y todas dieron a luz por cesárea debido a la política que se sigue en el hospital de utilizar la cesárea en partos pelvianos de primigestas.

Se practicaron un total de 41 cesáreas. Otras indicaciones para operación cesárea fueron: desproporción pélvico-cefálica en 24 casos, eclampsia 4 casos y pre-eclampsia 3, placenta previa 1 y un caso de cesárea iterativa. La frecuencia de cesárea en el grupo entero de adolescentes de la presente casuística es de un 16 por ciento.

Las 24 pacientes con desproporción pélvico-cefálica fueron: una de 14 años, 4 de 15 años y las 19 restantes de 16 años.

De las 242 pacientes, alrededor de 131 visitaron la clínica prenatal ya sea en un Centro de Salud o en la Maternidad Isidro Ayora. El número de visitas fue variable, entre 1 y 9 visitas.

En cuanto a la duración del parto, el 70 por ciento de las pacientes dieron a luz dentro de las primeras 12 horas. Un 23 por ciento de las 13 a las 20 horas y un 7 por ciento de las 20 a las 31 horas.

En lo que respecta al estado civil, 93 pacientes fueron solteras lo que equivale a un 38.4 por ciento.

Comentario.

En el cuadro 3 se recopilan los datos de siete series que muestran las complicaciones del embarazo en comparación con los datos de nuestra casuística.

Contrasta el hecho de que la frecuencia de toxemia en las adolescentes de nuestro estudio haya alcanzado solamente un 5.6 por ciento, al menos comparando con las series de los autores americanos que hemos citado en el cuadro 3. Siendo iguales en todas las series, incluyendo la nuestra, los factores de edad y pobreza, la única diferencia con nuestra serie residiría en el factor ra-

CUADRO 3

EMBARAZOS A EDADES INFERIORES A LOS 17 AÑOS

Autor	Fecha	Número de Pacientes	Edad Máxima	Toxemia	Eclampsia	Porcentaje de cesáreas	
Marchetty y Menaker	1950	634	16	19.7	1.1	0.6	6.3
Hacker y col.	1952	490	16	8.5	0.2	1.6	8.1
Sinclair	1952	700	16	13.4	2.7	1	4.3
Clough	1958	175	16	16	—	2.3	—
Aznar y Benett	1961	1,033	16	10	0.18	2	7.8
Clark y col.	1962	291	16	22.3	—	—	—
Clark y col.	1967	400	16	23	—	—	—
Baquero y Baca	1979	242	16	5.7	1.6	16	7

Parto prolongado

cial. Sería entonces de preguntarse si la raza de color que predomina en aquellas series es particularmente susceptible a desarrollar toxemias en el embarazo.

Respecto al parto prolongado, debemos anotar que el 93 por ciento que dieron a luz en las primeras 12 horas, habla más bien del tiempo normal en que la mayoría de las adolescentes de 16 años o menos son capaces de dar a luz. Si bien la paciente que dió a luz a las 31 horas de trabajo de parto tenía 15 años, también es cierto que algunas pacientes de la misma edad dieron a luz a las 3 y 4 horas de iniciado el parto. Esto último viene a confirmar una vez más el enunciado de Mussio en 1962, de que la pelvis femenina alcanza un desarrollo rápido en la pubertad, a tal punto que la porción ósea del conducto reproductor puede ser adecuada para el parto y el nacimiento de un niño a término en menos de un año después de la pubertad.

El peso bajo al nacer sigue teniendo preminencia como causa principal de la mortalidad perinatal en partos de adolescentes, especialmente en servicios hospitalarios para pobres. Basta saber que el peso bajo al nacimiento contribuye con el 60 por ciento de la mortalidad neonatal. La cifra de 14.4 por ciento de peso bajo de nuestra casuís-

tica es alta. Sin embargo excede en muy poco a la cifra porcentual de peso bajo del mismo hospital que es de 13,85, cifra ésta muy semejante a la cifra nacional de EE.UU. para niños de la raza de color con peso inferior a 2.500 g en 1965 (13,8).

Una de las secuelas más importantes del estado socio-económico bajo es la desnutrición protéica que ha sido identificada como una de las causas del bajo peso al nacer en niños de madres pobres de la zona rural del Ecuador. Se ha encontrado que el niño rural en el Ecuador pesa al nacer 2.495 g como promedio mientras que el niño urbano de la clase pobre que se atiende en la Maternidad Isidro Ayora pesa como promedio 2.990g.

Es importante anotar que esperábamos encontrar un mayor número de adolescentes de 12 a 16 años involucradas en la reproducción. El hecho de haber encontrado un porcentaje tan bajo que apenas llega a 1,83, tiene dos posibles explicaciones: o la mal llamada revolución sexual no ha contaminado aún a nuestras adolescentes, o bien se debe al período de menstruación fisiológicamente anovulatorio, y esto último es muy posible sin excluir lo primero, dado el hecho de que la edad promedio para la aparición del primer período menstrual es aproximadamente de 14 años,

aunque un buen número de niñas normales menstrúan a los 12 años, mientras que otras no lo hacen sino hasta los 17 años.

En el cuadro 4 se expone el resultado global de la gestación en 1979 en la Maternidad Isidro Ayora.

CUADRO 4
RESULTADO GLOBAL DE LA GESTACION

	Totales
Nacidos vivos	12.856
Muertes fetales	300
Muertes neonatales	354
Muertes perinatales	654
Nacidos vivos de 2.500 g. o menos	1.780
Mortalidad fetal	23.3
Mortalidad neonatal	27.5
Mortalidad perinatal	50.8
Porcentaje de peso bajo al nacer	13.8

Resumen y conclusiones.

Se han presentado las observaciones de aspecto médico y social de 242 pacientes de 12 a 16 años que dieron a luz en la Maternidad Isidro Ayora de la ciudad de Quito durante el año de 1979. Entre las complicaciones médicas y obstétricas se destacan la anemia, la toxemia y el peso bajo al nacer y entre las sociales la edad, la pobreza y la soltería. Aunque es cierto que estos factores negativos pueden ser neutralizados en parte por una asistencia prenatal adecuada que se traduzca en mejor salud para la madre y su producto, también es cierto que es iluso pensar que el sistema de asistencia médica de la actualidad, incluso con personal muy experimentado, resuelva con éxito todos los problemas que se presentan, en especial, los que tienen raíces profundas en origen no médico.

BIBLIOGRAFIA

Ballard, W.M. y Gold, E.M.: Asbestos Médicos y de Salud de la reproducción en la adolescencia. Clínica, Obstétrica y Ginecológicas, Junio de 1971.

Clark, J. F.: Obstetricia en adolescentes: deducciones obstétricas y sociológicas. Clínicas Obstétricas y Ginecológicas, Diciembre 1971.

De Alvarez, R.R.: Trastornos hipertensivos de la gestación. Clínicas Obstétricas y Ginecológicas, Marzo 1973.

Grupo de Trabajo sobre Nutrición y Embarazo en la adolescencia, Academia Nacional de Ciencias, Washington D. C. Relación entre la nutrición y el embarazo en la adolescencia. Clínicas Obstétricas y Ginecológicas, Junio 1971.

Howard, M.: Programas sociales amplios para la adolescente embarazada. Clínicas Obstétricas y Ginecológicas, Junio 1971.

Huffman, J.W.: Tratado de Ginecología en la infancia y en la adolescencia. 19:463. Salvat Ed. 1971.

McFee, J.: Anemia: complicación de riesgo alto del embarazo. Clínicas Obstétricas y Ginecológicas, Marzo 1973.

Osofsky, Howard J. y Kendall, N.: Pobreza como factor de riesgo. Clínicas Obstétricas y Ginecológicas, Marzo 1973.

Osofsky, H. J.: Conducta sexual en adolescentes: estado actual y tendencias futuras calculadas. Clínicas Obstétricas y Ginecológicas, Junio 1971.

Osofsky, H. J.: Aspectos generales del embarazo extramarital en adolescentes. Clínicas Obstétricas y Ginecológicas, Junio 1971.

Pion, R. J.: Educación en Planeación Familiar. Clínicas Obstétricas y Ginecológicas, Junio 1971.

Winick, M. Brasel, J. A. y Velasco, E. G.: Efectos de la nutrición prenatal sobre el riesgo de la gestación. Clínicas Obstétricas y Ginecológicas, Marzo, 1973.

** Jefe de la Consulta Externa de la Maternidad Isidro Ayora de Quito—Ecuador.

* Médico Ayudante de la Consulta Externa de la Maternidad Isidro Ayora de Quito—Ecuador.
