

MATERNIDAD ADOLESCENTE

El embarazo en las adolescentes se ha considerado de riesgo elevado por presentar una mayor morbi-mortalidad materno-fetal que los embarazos en las mujeres adultas.

Presentamos en este trabajo un estudio descriptivo, retrospectivo, de corte transversal en el que se analizan las características de embarazo y parto de madres adolescentes en el Hospital Materno-Infantil de Málaga.

El total de casos estudiados es de 454 adolescentes, atendidas durante el período comprendido entre el 1 de enero de 1992 y el 31 de diciembre de 1993. La incidencia de partos de adolescentes es del 2,85%, sobre un total de 15,876 partos totales ocurridos en este Hospital durante este período.

Autores:

*A. M. García Parra**

*B. Vila Blasco**

*I. Ma. Morales Gil**

*Ma. I. Avellaned Jiménez**

*V. Santana López ***

El embarazo durante la adolescencia sigue siendo motivo de preocupación en la actualidad. En un informe de la O.M.S. de 1989 (1) señala que los jóvenes de 15 a 19 años traen anualmente al mundo unos trece millones de niños, el siete por ciento del total de nacimientos.

En EE.UU, el número de embarazos en adolescentes aumentó durante el decenio de 1970 de 950.000 en 1970, a 1.142.000 en 1979, y más tarde disminuyó a 1.005.000 en 1984, este descenso se debe en parte a la disminución de la población de adolescentes (2). En España unas 30.000 adolescentes son madres cada año, estos nacimientos representan el 6,47% del total de nacimientos habidos en 1985 (3).

Las adolescentes embarazadas tradicionalmente se consideran un grupo de elevado riesgo al identificar la inmadurez biológica como el más importante factor responsable de la mayor morbi-mortalidad materno-fetal. Sin embargo esta teoría tradicional ha sido modificada por otras más vanguardistas, que asocian el alto riesgo de los embarazos adolescentes a las situaciones socio-económicas más desfavorecidas y al deficiente cuidado prenatal (4,5).

Entre los riesgos obstétricos se encuentran: anemias, amenaza de aborto, gestosis, distocias durante el parto, mayor número de cesáreas y complicaciones durante el puerperio.

Los hijos de padres adolescentes tienen mayores índices de CIR (Crecimiento Intrauterino Retardado), prematuridad, bajo peso al nacer y aumento de mortalidad perinatal (6).

Por otra parte están los factores psicosociales que cobran cada vez mayor significación como condicionantes de alto riesgo. Las mayores tasas de fecundidad en las jóvenes suelen presentarse en los grupos sociales más bajos, los embarazos de las adolescentes se caracterizan por una asistencia prenatal inadecuada, entre otras razones porque la adolescente no busca atención hasta que su gestación está ya avanzada (7).

**Profesores de Enfermería
Escuela Universitaria de Ciencias
de la Salud U. de Malaga*

*** Enfermero Hospital Costa del Sol.
Marbella (Malaga)*

En la adolescente la gestación favorece un proceso de maduración psicológica muy diferente del propio de esta edad. A las consecuencias psicológicas se añaden las repercusiones sociales negativas; no es fácil la aceptación social de la adolescente embarazada, suele existir marginación y abandono escolar, circunstancia que condiciona negativamente su desarrollo intelectual (8). La adolescente gestante encuentra mayores dificultades para conseguir su independencia económica, tanto fuera como dentro del matrimonio.

La enfermera tiene un gran papel en la prevención del embarazo de adolescentes mediante la adecuada orientación sexual. Cuando éste es ya inevitable, al enfermera puede mejorar la situación e impedir desastrosas complicaciones: la captación precoz, el control adecuado del embarazo, la participación en el curso de Educación Maternal junto con la información necesaria y el adecuado apoyo psicológico tanto a la adolescente como a su familia son algunas de las intervenciones que reducen los riesgos y mejoran la vivencia de este embarazo.

Con este trabajo ententamos conocer la magnitud del problema, los riesgos, complicaciones y dificultades que se presentan a la adolescente embarazada en nuestro medio, así podremos planificar y adecuar nuestra actuación a sus necesidades y mejorar la atención de salud de esta población.

28

MATERIAL Y METODO

Del total de partos 15.876, atendidos en el Hospital Materno-Infantil de Málaga, durante el período comprendido entre el 1 de enero de 1992 y el 31 de diciembre de 1993, se estudian 454 casos correspondientes a madres adolescentes que dieron a luz durante el período de estudio. Las edades de las adolescentes estudiadas oscilan entre los 11 y los 18 años.

Las variables estudiadas son:

- Clasificación de riesgo del embarazo
- Preparación psico- profiláctica al parto
- Tipo de parto. (Eutócico - Distócico)
- Edad Gestacional del Recién Nacido
- Morbilidad Neonatal

Los datos se obtienen consultando las historias clínicas de la población estudiada así como los registros de: partos, alto riesgo obstétrico,

educación maternal y de la unidad de estadística del Hospital Materno-Infantil de Málaga.

RESULTADOS INCIDENCIA DE PARTOS DE MADRES ADOLESCENTES

Como punto de partida y aunque nuestro estudio se centra en los dos últimos años nos parece interesante observar como ha evolucionado la cifra de partos en madres adolescentes desde 1989 hasta 1993.

(fig. 1)

ANO	Nº DE PARTOS ADOLESCENTES
1989	363
1990	280
1991	232
1992	238
1993	216

Podemos señalar una disminución del 22.8% del año 1989 a 1990, el descenso de 1990 a 1991 es más bajo 17.14%, de 1991 a 1992 se produce un ligero ascenso del 2,5% y en 1993 baja con respecto al año anterior un 9.2% (Fig.1)

EMBARAZOS ANTERIORES

El 10.46% de las adolescentes ha estado embarazada con anterioridad, contabilizándose más embarazos anteriores en un 2% de los casos.

PREPARACION PSICOPROFILACTICA AL PARTO

Sólo el 28% de las adolescentes embarazadas realizaron el curso de Educación Maternal, el 72% no lo realizó.

PUNTUACION DE RIESGO OBSTETRICO

En cuanto a la puntuación de Riesgo Obstétrico durante el embarazo, el 32,2% obtuvo una puntuación de alto riesgo, el 25.5% de medio riesgo y el 42.3% de bajo riesgo.

TIPO DE PARTO

El 76.2% de los partos fueron eutócicos y distócicos el 23.8%, necesitando de vacuoextracción el 7.7%, forceps el 4.4% maniobras especiales 1.54%, cesárea 10.1%

EDAD GESTACIONAL DEL RECIÉN NACIDO

Se distribuyen según la duración de la gestación: pretérmino el 12.35 de los Recién Nacidos (RN), a término 85.5% y posttérmino 2.2%

MORBI-MORTALIDAD PERINATAL

En cuanto a la morbilidad perinatal encontramos problemas en el 36.5% de los casos, por orden de frecuencia: bajo peso al nacer 36.78%, hiperbilirrubinemia neonatal 22.948%, prematuridad 11.49%, infecciones 8.04% y afecciones respiratorias 6.8%.

Nos llama la atención la mortalidad perinatal en los casos de maternidad adolescente que supuso un 21,01 por mil, muy superior a la mortalidad perinatal total del hospital que fue durante este período de un 11.5 por mil

ANÁLISIS DE LOS DATOS

*Desde 1989 observamos un claro descenso en el número de partos de madres adolescentes más acusada durante 1990 y 1991. También es de destacar en estos cinco años que más de 90% de los casos se distribuyen en el grupo de edad de 16 a 18 años y que en 1993 encontramos una madre adolescente de 11 años, situación que no se da en los cuatro años anteriores.

* Sobre la preparación al parto, en nuestro estudio no realizaron ningún tipo de preparación el 72%; el 26% menos que en el estudio de Alvarez Gómez y cols., 1989 (9) en el que describen los motivos por los que no realizan la preparación al parto las adolescentes encuestadas: falta de tiempo 20.88%. falta de interés 50.74%, ignorancia 28.35%.

* El 32.2% fue valorado como de ARO (Alto Riesgo Obstétrico), las causas que encontramos con más frecuencia aparte de la edad para alcanzar esta puntuación son: amenaza el parto prematuro 28.3%, patología ginecológica asociada 20.8%, tabaquismo 19.4%, embarazo no controlado 17.9%, problemas sociales 13.4%.

* El 23.8% de los partos fueron distócicos y el 10.1% cesáreas. Los autores consultados presentan diferentes resultados en cuanto al trabajo de parto, duración y tipo (10):

- En cuanto a su duración, los resultados difieren de unos estudios a otros, encontrando

que puede ser idéntico al de cualquier otra edad, alargado o acortado.

- No se suele encontrar mayor frecuencia de signos de sufrimiento fetal.

- Las presentaciones no varían y son parecidas a la de la adulta, sí suelen necesitar mayor ayuda en el expulsivo: forceps o ventosa.

- En muchos centros las indicaciones de cesáreas alcanzan cifras del 15-25% de los casos.

* La morbilidad perinatal es del 36.5%. La bibliografía consultada refiere una mayor incidencia de niños pretérmino, dismáduros y recién nacidos con malformaciones neurológicas; parece existir un mayor riesgo de contraer enfermedades infecciosas, gastroenteritis y afecciones respiratorias y de sufrir síndrome de muerte súbita, accidentes y maltrato.

BIBLIOGRAFIA

1) Organización Mundial de la Salud: Los riesgos del embarazo y el parto para las mujeres adolescentes. División de Sanidad Familiar. Ginebra 1998.

2) Grant, L.M., Estratios Demetriou, M.D: Sexualidad en los adolescentes. Clínicas Pediátricas de Norteamérica Interamericana. México; 6:1397-1417.

3) Beaumont, J.F.: demografía: La fecundidad en España. El País, 9 de mayo de 1990: 27-28.

4) Baldwin, W: Trends in adolescent acontracepción, pregnancy and childbearing. En McAnarney, E.R.: Premature Adolescent pregnancy and parenthood, Monographs in Neonatology, Grune and straton. 1983.

5) Vallés, A., et. al.: Embarazo en la adolescente. Factor de Riesgo Neonatal. Arch. pediatr. 1986, 36: 127-134.

6) Montero, M., et. al.: Embarazo en la adolescente. progr. Obster. Ginecol. 1988; 7-31.

7) Burke, P.M.: Methodological lussues for Adolescent Pregnancy Research. Journal of Pediatric Nursing . 1991; 6:30-37

8) Portella, E., Castillo, A.: Aspectos sociales del embarazo en adolescentes. gaceta Sanitaria. 1988; 6: 150-153

9) Alvarez Gomez, J. L.; Sevilla Palomar, J.M.; Torre Aragón, P.: Valoración de Enfermería de las necesidades en la embarazada adolescente. Enfermería Científica, 1989; 83: 4-8

10) Miller, K.A.; Field, C.S.: Adolescent pregnancy: a combined obstetric and pediatric manegement approach. Clin proc 1984; 59: 311-317.