

**RESULTADOS MATERNOS Y PERINATALES EN LA POBLACION
GESTANTE ADOLESCENTE DE CARTAGENA QUE ACUDEN A LA
ATENCION DEL PARTO. ESE CMRC, JULIO DE 2007 A MARZO DE
2008.**

CATARINE FERNÁNDEZ PÉREZ.

RESIDENTE DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA NIVEL III

DR. ALVARO MONTERROSA CASTRO.

GINECÓLOGO Y OBSTETRA.

UNIVERSIDAD DE CARTAGENA.

FACULTAD DE MEDICINA.

DEPARTAMENTO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA.

CARTAGENA.

2008

CONTENIDO:

	PAGINAS
RESUMEN	03
SUMMARY	05
INTRODUCCION	07
METODOS	08
RESULTADOS	11
DISCUSION	17
CONCLUSIONES	20
AGRADECIMIENTOS	21
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	22
TABLAS	25

RESUMEN.

INTRODUCCIÓN

Estadísticamente se ha evidenciado que la población adolescente juega un importante papel en las tasas de natalidad a nivel mundial. Algunos autores han considerado que por sus características especiales este grupo etario es más propenso a presentar resultados perinatales adversos. Además representan para la sociedad una gran carga socioeconómica. Teniendo en cuenta que se considera que el 20% de las embarazadas en Colombia son adolescentes se propone este estudio que tiene como objetivo establecer si la población gestante adolescente residente en Cartagena y que consulta a la ESE Clínica de Maternidad Rafael Calvo presenta mayor morbimortalidad perinatal que aquella que no lo es, y como se distribuye la misma.

MÉTODOS

Estudio prospectivo comparativo de pacientes gestantes residentes en Cartagena de 12 a 19 años con aquellas entre los 20 y 34, primigestantes y que consultaron para atención del parto en la Clínica Maternidad Rafael Calvo entre julio de 2007 y febrero de 2008.

RESULTADOS

Se recolectaron datos correspondientes a 208 menores de 20 años y 186 a embarazadas entre 20 y 34 años inclusive, que cumplieron los criterios de inclusión y exclusión. Se descartaron 56 por información incompleta o confusa. Es de anotar que en el grupo de 20 a 34 años se reportan 186 madres y 187 productos, ya que uno de los embarazos fue gemelar.

Los datos mostraron que en forma global las adolescentes presentaron mayor mortalidad e ingresos a UCI(0,5% vs 0%, en ambos casos); sin embargo en los ítems de complicaciones maternas, hemorragia relacionada al parto, RPM y corioamnionitis, cesáreas, complicaciones y muertes neonatales, las adolescentes tuvieron menor frecuencia de eventos(75%, 7,7%, 16,3%, 6,3%, 52,9%, 22,7%, 0,49% en adolescentes vs 77,4%, 9,1%, 18,2%, 8%, 53.5%, 28,65, 1,6% en no adolescentes respectivamente), respecto a los ítems de trastorno hipertensivo asociado al embarazo, recién nacidos a término (19%, 84,6% en adolescentes vs 19,8%, 84% en no adolescentes, respectivamente), los resultados fueron similares; sin embargo en las menores de 20 años se diagnostica con mayor frecuencia DCP(35.1% vs 26.2%), óbito fetal(1,4% vs 1.1%). Esto no se correlaciono con nivel educativo, ni con control prenatal.

CONCLUSIONES

El embarazo en adolescentes es un hecho frecuente entre la población Cartagenera que consulta para atención del parto en la ESE CMRC, sin embargo encontrarse en este grupo etareo no predispone a mayor morbilidad global ni materna ni perinatal, se ha encontrado mayor mortalidad e ingreso a UCI adultos en este grupo, así como porcentaje de DCP y de óbito fetal y menor complicación materna general, hemorragias relacionadas al parto, rpm, corioamnionitis, cesáreas, y complicaciones y muertes neonatales. Respecto a la presentación de trastornos hipertensivos asociados al embarazo diferente de hipertensión crónica, y recién nacidos a término, los resultados fueron similares.

PALABRAS CLAVE

Adolescentes, resultados perinatales, morbimortalidad perinatal.

SUMMARY

BACKGROUND

Statistically the teenage pregnancy is clearly a basic impact in the birth incidence around the world. Teenage pregnancies have been associated with fetal growth restriction, low birth weight, preterm birth and neonatal mortality. These could be due to biological immaturity, lifestyle factors or inadequate attendance to maternity care. In Colombia a 20% of the pregnant women are in the adolescence period; the present study basic goal is to evaluate the teenage pregnancy and to assess the relationship between young age of the mother and adverse pregnancy outcome, and compare with a pregnant population of women between 20 to 34 years, in the pregnant population of Cartagena they have childbirth in the ESE Clinica de Maternidad Rafael Calvo (CMRC), and how is that distribution.

METHODS

This is a prospective comparative study of pregnant teenage patients (12-19 years old) and pregnant patient between 20 to 34 years old from Cartagena, that have childbirth in the ESE CMCR during July 2007- February 2008. Data were collected using a self-administered questionnaire and clinical records of pregnancy, delivery and newborn child. The information covered maternal and pregnancy characteristics and obstetric and perinatal outcomes.

RESULTS

We collected information from 208 teenage pregnant women and 186 pregnant women between 20 to 34 years old, with inclusion and exclusion characteristics. 56 were not analyzed for wrong or not-complete information. In the second group we report 186 mothers and 187 babies because one

pregnancy was a twin pregnancy. In this stud we found no evidence for increased frequency of maternal complication, peripartum bleeding, ovular membranes preterm disruption, chorioamnionitis, caesarean operation, or fetal complications or deaths(75%, 7,7%, 16,3%, 6,3%, 52,9%, 22,7%, 0,49% teenage pregnancy group vs. 77,4%, 9,1%, 18,2%, 8%, 53.5%, 28,65, 1,6% no-teenage pregnancy group), hypertensive disease in the pregnancy, newborn at term(19%, 84,6% teenage group vs. 19, 8%, 84% no-teenage group), but the distocia and fetal death, was more frequent in the teenage mothers (35, 1%, 1, 4%, vs. 26, 2%, 1, 1%). But when we discriminate the teenage population in 3 groups: under 16 years old, 16-17 years old, and 18-19 years old, we can see that the first group have worst outcome in overall maternal complication, dissocial, hypertensive disease, ovular membranes preterm disruption, preterm delivery, oligoamnios, growth restriction, RCP of the newborn, neonatal intensive care hospitalization, neonatal sepsis, hyaline membrane disease, overall neonatal complication, caesarean operation and maternal, fetal and neonatal death(84%, 54%, 8%, 34%, 24%, 22%, 10%, 4%, 12%, 12%, 22%, 10%, 44%, 34%, 22%, 82%, 2%, 2%, 2%) in relation the other teenage group or the no-teenage mothers.

KEY WORDS:

TEENAGE, ADOLESCENT, PREGNANT OUTCOMES, PERINATAL MORBIMORTALITY

INTRODUCCIÓN

Al realizar un análisis del comportamiento mundial de la natalidad en los 2 últimos decenios, llama la atención el que un importante sector de las madres está ubicado en el grupo etario correspondiente a la adolescencia, un periodo que tradicionalmente se ha considerado como aquel donde se completa el desarrollo biopsicosocial que lleva al individuo a convertirse en un adulto. Esto no es solo propio de países en vía de desarrollo como el nuestro, ya que países como Reino Unido y Estados Unidos han visto con preocupación cómo este fenómeno va en aumento a pesar de las políticas en salud implementadas para su control. Es de tener en cuenta que este sector de la población estadísticamente tiene menos acceso a los servicios de salud y en la mayoría de los casos se trata de embarazos no deseado (60%-65%) (1)

Para el 2003, de los 13 millones de adolescentes que tienen sus hijos cada año en el mundo, Colombia contribuyó con 154.190, de los cuales 5.821 fueron hijos de niñas menores de 14 años de edad al momento del parto. (DANE, 2003). Las adolescentes tienen cinco a siete veces más riesgo de sufrir hipertensión arterial, que es la enfermedad más relacionada con las muertes de mujeres embarazadas en el país (1)

Las estadísticas en Colombia han mostrado que se sigue la tendencia mundial con incremento del número de embarazos en adolescentes (1990 el 13%, 1995 el 17%, el 19% en 2000 y 21% en 2005), manteniendo la mortalidad materna, perinatal y neonatal sin cambios notorios en los últimos años (encuestas de SALUD REPRODUCTIVA Y SEXUAL. PROFAMILIA: 1990, 1995, 2000,2005) Claramente se encuentra en los totales nacionales de la Encuesta Nacional de Salud Reproductiva y Sexual 2005, que a menor educación y menor índice de riqueza, mayor porcentaje de embarazos; y se encuentra una edad mediana a la primera relación sexual de 16 años: Esto

significa que el 50% de las que han tenido relaciones sexuales, lo hicieron antes de los 16 años **(1, 2)**

Para el departamento de Bolívar la Encuesta Nacional de Salud Reproductiva y Sexual 2005, reportó que el 20% de las adolescentes entre 15 y 19 años alguna vez estuvieron embarazadas, las menores que ya son madres son el 15,7 por ciento, cada año dan a luz aproximadamente 2.400 adolescentes. Uno de cada 3 partos se da en una menor de edad. **(1,3)**

Algunos autores atribuyen el particular comportamiento del embarazo en adolescentes al hecho inherente de la edad de la embarazada, y otros lo atribuyen a los factores de riesgo asociados (bajo nivel de escolaridad y socioeconómico, poca red de apoyo, estado civil soltera, etc.); el hecho es que este grupo etario y su descendencia encierra una de las poblaciones más susceptibles de complicaciones. Las estadísticas de la Organización Save the Children en el informe de 2004 muestran que más de un millón de bebés y unas 70.000 madres adolescentes mueren cada año en países en desarrollo debido a la maternidad precoz, siendo las complicaciones del embarazo y el parto la principal causa. Aproximadamente, el 60% de esta población que llega al mundo como hijos de adolescentes entra a engrosar la situación de pobreza. **(4)**

La ESE Clínica de Maternidad Rafael Calvo es considerada una entidad de referencia para las instituciones de nivel inferior tanto de Cartagena como del Departamento de Bolívar en general.

Teniendo en cuenta lo anterior y el alto costo socioeconómico que implica, el objetivo de este estudio es establecer la frecuencia de morbimortalidad maternofetal en la población adolescente residente en Cartagena y que acude a la ESE Clínica de Maternidad Rafael Calvo (CMRC) para la atención de su parto, y compararlo con los resultados obtenidos en el mismo periodo para embarazadas entre 20 y 24 años.

MÉTODOS

Se desarrollo un estudio descriptivo prospectivo comparativo entre embarazadas adolescentes (menores de 20 años) y embarazadas entre 20 y 34 años que acuden a CMRC para la atención de su parto. Se tuvo en cuenta para definir la edad de estudio la establecida por la OMS hasta los 19 años así: Adolescencia temprana: > 12-15 años. Adolescencia intermedia: 16-17 años. Adolescencia tardía: 18-19 años.

Se tuvo en cuenta a las pacientes primigestantes (se excluyeron también las que tenían abortos previos), con embarazos mayores a las 22 semanas, procedentes y residentes en Cartagena que tuvieron su parto en la institución por cualquier vía (cesárea, parto vaginal).

Se excluyeron las pacientes provenientes de fuera de Cartagena, con embarazos menores de 20 semanas de gestación, con enfermedades subyacentes, que acudieran por otro motivo diferente a la atención de su parto, que reportaran como positivo tabaquismo, uso de alcohol o sustancias ilícitas y las pacientes que no aportaran o desconocieran los datos por los cuales se les interrogaba. Se desarrollo un instrumento específico para la recolección de datos, con interrogatorio directo a la adolescente (ver ANEXOS)

Se recolectaron datos entre julio de 2007 y febrero de 2008, y se tomaron datos de edad, procedencia, estado civil y educativo, antecedentes personales, inicio de vida sexual, numero de compañeros sexuales, patologías en el embarazo, control prenatal. Edad gestacional, diagnósticos adicionales, vía del parto, complicaciones durante o después de este, tiempo de hospitalización, datos del recién nacido, estancia hospitalaria de ambos, patologías adicionales presentada durante su hospitalización, remisión o no a UCI y estado al egreso.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Para análisis de los datos se utilizó el software EPI INFO 3.3.2. Se realizó verificación de la calidad De información para detectar valores fuera de rango e inconsistencias para garantizar la calidad de Los datos. Se realizaron tablas de frecuencia para variables cualitativas y medidas de tendencia Central y de dispersión para variables cuantitativas. Se realizo una comparación para los datos obtenidos en los 2 grupos poblacionales.

RESULTADOS

Se obtuvo una población final para el estudio de 394 pacientes que llenaban tanto las condiciones de inclusión y exclusión, 208 de menores de 20 años y 186 a embarazadas entre 20 y 34 años inclusive. Se descartaron 56 por información incompleta o confusa. Es de anotar que en el grupo de 20 a 34 años se reportan 186 madres y 187 productos, ya que uno de los embarazos fue gemela.

En este estudio los resultados se expresan como un análisis comparativo de dos grupos poblacionales el de jóvenes, compuesto por embarazadas de 19 años o menores y el de mujeres mayores de 20 años y menores de 35. Los resultados generales en cuanto a edad son los siguientes: un total de 394 embarazadas entre 13 y 34 años, con un promedio de edad de 20 años, siendo la edad más frecuente para el primer embarazo la de 21 años (12,9%, 51 pacientes); pero si evaluamos solo las embarazadas de 20 o más años, se encuentra un promedio de edad para el primer embarazo de 24 años, siendo la edad más frecuente para el primer embarazo los 21 años (%) y el 54.9% con edad inferior o igual a 22 años. El grupo de adolescentes corresponde a 52,79% de la población del estudio y las mujeres entre 20 y 34 años corresponden al 47.21%.

Se tuvo en cuenta para definir la edad de estudio la establecida por la OMS hasta los 19 años así:

Adolescencia temprana: > 12-15 años. Correspondiendo a 50(24%) del total de adolescentes

Adolescencia intermedia: 16-17 años. 83 adolescentes (40%% del total de adolescentes)

Adolescencia tardía: 18-19 años. 74 adolescentes (36% del total de adolescentes)

Individualmente la edad más común a la que estas adolescentes tuvieron su primer embarazo fue de 17 años, siendo esta también la edad promedio de las embarazadas (rango 13-19), la media fue de 16,7 con una varianza de 2,56 años.

La edad promedio de inicio de vida sexual entre el grupo de madres adolescentes fue de 15 años, siendo también la edad en la que con más frecuencia se iniciaban relaciones sexuales de tipo genital, con un rango que se extendía desde los 11 a los 19 años; mas del 50% de estas adolescentes iniciaron vida marital entre los 13 y 15 años (52,9%). La edad promedio de inicio de vida sexual entre las primigestantes mayores de 20 años fue de 19 años(rango de 14 a 34 años), que también fue la edad más común de inicio de vida sexual, a los 19 años más de la mitad(68.8%), ya había iniciado vida sexual activa.

Respecto al cumplimiento de las citas de control prenatal y teniendo en cuenta que considerando solo el numero de controles al que la materna asiste se establece como satisfactorio un número mayor de 4 visitas, vemos como el 63% tuvo un c control prenatal que podría considerarse como bueno, sin embargo un alto porcentaje tuvo un control no satisfactorio(37%); el promedio de controles a los que asistieron fue de 5, siendo esta la cifra más frecuentemente mencionada al preguntar al respecto, encontrando desde paciente que acudían a 10 controles(1%, 2 adolescentes), hasta las que nunca lo hicieron y solo acudieron al momento del parto(5,3%, 11 adolescentes).

En comparación a esto en las embarazadas entre 20 y 34 años, se encontró un promedio de 5,3 citas de control prenatal, siendo lo más frecuente cumplir 5 citas durante el embarazo (rango de 0 a 10), siendo satisfactorias (> 4 citas) el 75.9%(141 pacientes) y el resto no acudió (11 pacientes, 5,9%) o lo hizo menos de 4 ocasiones (18,2%)

Se debe tener en cuenta el alto porcentaje de pacientes con un mal control prenatal al hablar de las complicaciones presentadas durante el embarazo, al interrogar el 52.9% de pacientes adolescentes(110) refiere que tuvo algún padecimiento durante el embarazo, siendo los reportados

vaginosis, IVU(infección vías urinarias), amenazas de aborto o de parto pretermino, anemia, vaginitis y, curiosamente condilomas. El 21% de adolescentes presento más de una de estas complicaciones durante el embarazo. Teniendo en cuenta las mismas patologías en las embarazadas no adolescentes se encontró que de las 186, un 61%(113 embarazadas), tuvo algunas de estas complicaciones, con un 20% que reportó más de 1.

Las complicaciones más frecuentes fueron IVU y anemia (29,5% y 13%, respectivamente), la complicación amenaza de aborto-amenaza de parto pretermino se presento en 8.7% del grupo de menor edad. En las mayores de 20 años se encontró que las complicaciones más frecuentes fueron IVU (31%) y APP (Amenaza de parto pretermino 13,4%), la anemia tuvo una frecuencia de 11.8%, siendo superada por la vaginosis(12,3%); también reportaron vaginitis, condilomas.

Entre este grupo de 208 embarazadas(menores de 20 años) se encontró que 156(75%) tenían alguna patología asociada(trastorno hipertensivo, síndrome HELLP, parto pretermino, DCP, hemorragia , rciu, oligo o polihidramnios, macrosomía fetal, hipodinamia, RPM, corioamnionitis), al momento del parto, lo que podría aumentar el riesgo de complicaciones o cambiar la conducta a tomar. Al comparar con las embarazadas mayores de 20 años se encontró un 77,4%(144) de pacientes con al menos una de estas patologías asociadas al momento del parto.

Las complicaciones o diagnósticos importantes al momento del parto más frecuentes fueron:

Trastornos hipertensivos asociados al embarazo (THE) (19,7% de adolescentes; 19,8% de las > 20) de estos síndrome HELLP en 12% de adolescentes vs. 19% en > 20 años.

Hemorragia en 7,7% de las adolescentes, incluyendo la única mortalidad materna, vs. 9.1% en > 20 años.

Parto pretermino en 15,4% de adolescentes (como resultado de la decisión de manejo o como presentación espontanea) vs 15%, RCIU en 1,4% de adolescentes (1 de ellas con oligoamnios, RCIU y THE) vs 5.4% de > 20 años. 7.6% de las pacientes adolescentes presento alteración del liquido amniótico (1 polihidramnios y 15 oligohidramnios) en comparación al 11,3% de las > 20 años (2 polihidramnios y 19 oligohidramnios)

DCP en 35.1%(73) de las adolescentes, contrastando con la realización de cesáreas en 52,9% de las pacientes (lo que indica que el 17,8% de cesáreas se realizaron por una indicación diferente a la DCP). 4 cesáreas fueron motivadas por macrosomía fetal (1,9% de los neonatos de adolescentes peso 4000 g o más) y 2.8%(6) se motivaron por presentación podálica. El resto de motivaciones fueron oligohidramnios (3,4%), SFA (sufrimiento fetal agudo 4,9%), condilomatosis (2,4%) y tiempo de espectancia de parto prolongado (4.4%). En el grupo de mayores de 20 años se observo un diagnostico de DCP de 25,8%(48 pacientes), motivando la realización de cesárea, el único gemelar del estudio (1.1%) estaba dentro de este grupo y se realizo cesárea, se realizaron 5 cesáreas (2,7%) por presentación podálica. Se presentaron 7 productos macrosómicos (3,7% de los RN de madres > 20 años), de ellos 1 parto vaginal sin complicaciones y 6 cesáreas. El resto de intervenciones en este grupo se realizo por condilomatosis(2,2%), postmadurez(0,5%), falla en inducción(2,2%), oligohidramnios(5,4%), sufrimiento fetal(7%), tiempo de espectancia prolongado(7%).

El 9,6%(20 adolescentes) de las pacientes desarrollo hipodinamia que necesito corrección farmacológica en 17 pacientes, 1 desarrollo SFA y 3 tenían además DCP, fueron llevadas a cesárea. En las pacientes mayores de 20 años se diagnostico hipodinamia en 15.5% de las pacientes, en 3 se realizo cesárea por inducción fallida, en otras 8 por otras patologías concurrentes y en el resto (18), la medida farmacológica fue efectiva.

34 adolescentes embarazadas(16,3%) presentaron RPM, de estas 10(29%), desarrollaron corioamnionitis; además de las corioamnionitis con RPM, se diagnosticó en 3 casos corioamnionitis con membranas íntegras, asociado a IVU. En las embarazadas mayores de 20 años se presentó RPM en 18,2% de pacientes

Respecto a las complicaciones neonatales y teniendo en cuenta solo los nacidos vivos(205 neonatos), 44(21,46%) desarrollaron algún tipo de complicación en su estancia hospitalaria inmediata.

Como ya se dijo la frecuencia de parto pretérmino fue de 15,4% entre el grupo de adolescentes(84,6% de los recién nacidos de madre adolescente fueron a término por Capurro), con una frecuencia de enfermedad de membrana hialina(5,8% de total de recién nacidos, representando el 37,5% de los pretérmino. En la población de gestantes de 20 a 34 años 13,4% de los productos fue de pretérmino(25 recién nacidos), con una frecuencia de EMH de 5.9% del total de recién nacidos, correspondiendo al 44%(11 neonatos) de pretérmino.

En las pacientes de 20-34 años se ve que los recién nacidos presentaron diagnóstico de sepsis en un 11.8% y el porcentaje de recién nacidos que requirió reanimación fue de 8,6% de recién nacidos de este grupo. En el grupo de madres adolescentes se vio frecuencia de 12,5% sepsis neonatal, y un 7,7%(16 recién nacidos) de reanimación en Recién nacidos.

Respecto a peso con relación a edad gestacional entre los recién nacidos de madre de menos de 20 años, tanto a término como pretérmino el 92.3% tuvo un peso adecuado para su edad gestacional (192 recién nacidos). En el grupo 20-34 años, la evaluación de las mismas

características evidencio 84% de recién nacidos de término, con productos adecuados a su edad gestacional (tanto términos, pretérminos y postérminos) de 89,3%(168 recién nacidos).

Se presentaron 3 casos de RCIU, para 1,4% del total de la población de productos de madres adolescentes, en las no adolescentes se presentaron 11 casos (5.9% de recién nacidos).

La estancia hospitalaria de los recién nacidos vivos de madre no adolescente vario de 1 a 15 días, con un promedio de 2,1 días, siendo lo más común la estancia por tan solo 1 día (63.1%); en el grupo de hijos de adolescentes la estancia hospitalaria vario de 1-11 días, con promedio de 2,1 día y siendo lo más común la estancia por 1 día (66.8%).

Los anteriores resultados se obtienen al comparar adolescentes y no adolescentes, sin embargo cuando el grupo de adolescentes se divide en 3 grupos(menores de 16, de 16 a 17 años y de 18 y 19 años) se encuentra lo siguiente: 24%(50) tenían menos de 16 años, 40%(83) tenían 16 o 17 años y 36%(74) tenían 18 o 19 años; se evidencio mayor frecuencia de complicaciones maternas globales(84%), DCP(54%),THE(34%), RPM(24%),Parto pretérmino(22%),oligoamnios(10%),RCIU(4%),reanimación del recién nacido(12%), ingreso a UCI neonatal(12%), Sepsis del Recién nacido(22%), Enfermedad de membrana hialina(10%), Complicación global del recién nacido(44%), peor control prenatal (más de 3 consultas en 34%), recién nacido bajo peso(22%), mayor porcentaje de cesáreas(82%), muertes maternas(2%) y óbitos fetales(2%), esto cuando se compara con los otros 2 grupos de adolescentes y con el grupo de embarazadas entre 20 34 años. Muestran menor frecuencia de hemorragias periparto(8%), sin embargo en este apartado se presento la única muerte materna y el único ingreso a UCI adultos (ambos en la misma paciente), del estudio; también fue menor la muerte neonatal. Ver tabla de ANEXOS.

DISCUSIÓN

Las características epidemiológicas de las pacientes evaluadas evidencia que entre las adolescentes el inicio de vida sexual es más temprano(media de 15,35 años vs 19,04 años en no adolescentes), con una diferencia de 4 años entre los promedios de los grupos, contrastando con el promedio nacional para la edad de 16 y 18 años respectivamente. En este punto sería importante establecer políticas de salud tendientes a retrasar el momento de inicio de la primera relación sexual (3, 5, 6)

El control prenatal mostro una diferencia a favor de las pacientes no adolescentes con un promedio de consultas de 5,37 vs 4,32 en las menores de 20 años, con un porcentaje de control prenatal no satisfactorio(en base a número de consultas) de 24,1% en las embarazadas de 20 a 34 años y 37% en las adolescentes. Tradicionalmente se ha correlacionado un peor control neonatal con peores resultados perinatales, sin embargo en las adolescentes se encontró complicación del parto en 75% y del recién nacido en 22,6% vs 77,4% y 28,3% respectivamente en las embarazadas entre 20 y 34 años, a pesar de que según los resultados estas últimas realizaron un mejor control prenatal.

Teniendo en cuenta individualmente cada tipo de complicación relacionada al parto y en particular aquellas que pondrían en riesgo la vida de la madre(hemorragia, trastornos hipertensivos y sus complicaciones e infecciones) vemos como en correlación a las estadísticas, en los casos analizados tuvo una alta frecuencia el grupo de los trastornos hipertensivos asociados al embarazo, con hallazgos muy similares(19,7% en adolescentes y 19,8 en no adolescentes); la hemorragia relacionada al momento del parto(7.7% en adolescentes vs 9.1% en no adolescentes), incluyendo el único caso de mortalidad. Entre las variables relacionadas a infección e incluidas en

este estudio están la RPM y la corioamnionitis, con resultados mayores para las embarazadas entre 20 y 34 años al compararla con su contraparte (18,2% y 8% vs 16.3 y 6.3% respectivamente). En general se considera que la maternidad en la adolescencia se correlaciona en forma global con peores resultados perinatales. (7,8)

Según algunos autores, las adolescentes tienen cinco a siete veces más riesgo de sufrir hipertensión arterial(9), que es la enfermedad más relacionada con las muertes de mujeres embarazadas en el país, este hecho no se reafirmo en los datos ya expuestos. En general se evidencio un mayor porcentaje de este grupo de complicaciones en las embarazadas entre 20 y 34 años (55.1% vs 50%). Esto echaría por el suelo la teoría de que la población adolescente presenta per se características que la hacen mas susceptibles a resultados perinatales adversos. Sin embargo hay que tener en cuenta que el único ingreso a UCI adultos y la única mortalidad se dieron en la población adolescente (0,5%), lo que se relacionaría con autores que establecen mayor mortalidad en este grupo etario. (10,11)

Un punto importante y que llama poderosamente la atención es que se observan mas intervenciones cesáreas entre las pacientes de 20 a 34 años que en aquellas de 19 o menores (53,5% vs 52.9%), existiendo sin embargo un mayor diagnostico de DCP en las adolescentes que en las que no lo son (66% vs 48,5% respectivamente) con causas de cesárea diferentes a DCP de 44% en las adolescentes y 51,5% en las mayores de 19 años. Si bien en el grupo de adolescentes fue más frecuente la presencia de óbitos que en el de las gestantes no adolescentes (1,4% vs 1,1%), hubo mas muertes posnatales en estas últimas (1,6% vs 0,49%).

Teniendo en cuenta la clasificación de los recién nacidos por edad y peso se observa que tanto adolescentes como las que no lo son tienen un porcentaje similar de recién nacidos de termino (84,6% vs 84% respectivamente, pero al correlacionar edad gestacional y peso se observa que el

grupo de adolescente muestra mayor frecuencia de productos con peso adecuado a su edad gestacional por puntuación de Capurro (92.3% vs 82.3%), contrastando con la literatura al respecto (7, 8, 12, 13)

Algunos autores atribuyen el particular comportamiento del embarazo en adolescentes al hecho inherente de la edad de la embarazada, y otros lo atribuyen a los factores de riesgo asociados (bajo nivel de escolaridad y socioeconómico, poca red de apoyo, estado civil soltera, etc.)(3, 5, 9), sin embargo en el grupo de adolescentes del estudio hubo un control de embarazo menos satisfactorio un menor grado de escolaridad, pero un mayor grado de uniones libres que de solteras en comparación con las embarazadas de mayor edad. (14, 15)

Al evaluar la frecuencia de mortalidad postnatal comparando los 2 grupos de gestantes, se observa mayor frecuencia entre el grupo de 20 a 34 años en comparación con el de adolescentes lo que estaría en controversia con hallazgos hechos por otros autores(5)

Al tenerse en cuenta la vía del parto, vemos como en forma global las adolescentes no tienen mayor frecuencia de realización de cesáreas(52,9% vs 53,5% en no adolescentes), aunque tienen mayor frecuencia de diagnóstico de DCP(35% vs 25,8% en no embarazadas), sin embargo estos porcentajes tan altos de cesáreas y distocia en adolescentes no están en correlación con los hallados en otros estudios(14.07% de cesáreas y 16.3% de distocias), en este aspecto la mayoría de las DCP y cesáreas se presentaron en las menores de 16 años(54% y 82% respectivamente). (16)

Cuando se establece una comparación global de las adolescentes con el grupo de embarazadas entre los 20 y 34 años, incluso se observa que muestran menos morbimortalidad materna y

neonatal, sin una causa(o causas) aparente que permita justificar este hecho. Se debe tener en cuenta, según los datos obtenidos que tal vez existan otros factores de riesgos aún no determinados que en el grupo poblacional de las embarazadas primigestantes atendidas para parto en la ESE CMRC establezca un peor pronóstico para las embarazadas entre 20 y 34 años en comparación con las menores de esta edad.

Cuando se hace esa misma comparación entre los grupos de adolescentes, se encuentra que las de menos de 16 años tuvieron mayor frecuencia de complicaciones maternas globales, DCP, THE, RPM, Parto pretérmino, oligoamnios, RCIU, necesidad de reanimación del recién nacido, ingreso a UCI neonatal, Sepsis del Recién nacido, Enfermedad de membrana hialina, Complicación global del recién nacido, peor control prenatal, recién nacido bajo peso, mayor porcentaje de cesáreas(82%), muertes maternas y óbitos fetales, que el resto de la población del estudio.

CONCLUSIONES

Las adolescentes como grupo global no presentan peores resultados perinatales cuando son comparadas con mujeres embarazadas entre los 24 y 30 años. Sin embargo al desglosar el grupo de madres adolescentes se observa que el grupo de ellas que tiene menos de 16 años, lleva un peor control prenatal, esta más propenso a ser sometido a intervenciones cesareas, a mortalidad materna y fetal, a ser ingresada a UCI y a una serie de complicaciones tanto para la madre como para el producto. Es de tener en cuenta que aunque la calidad fue similar entre el grupo de adolescentes y el que no lo es, al analizar por separado el grupo de adolescentes, se observa que el grupo de menos de 16 años tiene peor control prenatal en general peor resultado perinatal. Son necesarios nuevos estudios que tengan en cuenta este aspecto para establecer cual es su incidencia en el pronostico de la madre menor de 16 años y su producto.

AGRADECIMIENTOS

Al Dr. Alvaro Monterrosa C. por su interés y estímulo en pro del desarrollo de la investigación.

Al personal y pacientes de la ESE Clínica de Maternidad Rafael Calvo ya que con su ayuda y los datos por ellos suministrados se pudo llevar a cabo el presente trabajo.

A la Universidad de Cartagena por brindarme los conocimientos que han permitido mi formación de pre y postgrado.

BIBLIOGRAFIA

1. Encuesta Nacional de Salud Reproductiva y Sexual. Profamilia, 2005.
2. Burgos L, Carreño Rimaudo S. Comparación de factores de riesgo en dos poblaciones de embarazadas adolescentes nulípara. Rev. Hosp. Mat. Inf. Ramón Sardá 1997, XVI, Nº 3, 104-111.
3. Luker K. Dubious Conceptions: The Politics of Teenage Pregnancy. Cambridge, Mass: Harvard University Press; 1996.
4. Langer, Ana. El embarazo no deseado: impacto sobre la salud y la sociedad en América Latina y el Caribe. 2002. Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health 11(3),
5. Glennon Phipps, Maureen; Blume, Jeffrey D; DeMonner, Sonya M. Young Maternal Age Associated With Increased Risk of Postneonatal Death. Obstetrics & gynecology VOL. 100, NO. 3, SEPTEMBER 2002.
6. Jonathan D. Klein and and the Committee on Adolescence. Adolescent Pregnancy: Current Trends and Issues. Pediatrics. 2005;116;281-286.
7. Fraser, Allison; Brockert, Jhon; Ward R H. Association of young maternal age with adverse reproductive outcomes. NEJM. 1995; 32(17):1113-1117.
8. Berenson AB, Wiemann CM, McCombs SL. Adverse perinatal outcomes in young adolescents. J Reprod Med. 1997 Sep;42(9):559-64.)
9. Burgos L, Carreño Rimaudo S. Comparación de factores de riesgo en dos poblaciones de embarazadas adolescentes nulípara. Rev. Hosp. Mat. Inf. Ramón Sardá 1997, XVI, Nº 3, 104-111.).
10. Geronimus, Ariine; Korenman, Sanders. Maternal Youth or Family Background? On the HealthDisadvantages of Infants with Teenage Mothers, American Journal of Epidemiology. 1993; 137(2): 213-225.

11. Pereira, Luis R. Morbilidad materna en la adolescente embarazada. Ginecol Obstet Méx 2002; Vol. 70(6):270-274
12. Rodríguez Pérez, Mercedes. Embarazo en la adolescencia y su relación con el recién nacido bajo peso. . 2001. Rev Cubana Enfermer; 17(2).
13. Parada Baños, Arturo José. El embarazo adolescente le cuesta al país. Universidad Nacional. 2005.
14. Manotas, Rafael J, y otros. El neonato de madre adolescente. Estudio comparativo. Iatreia; 1997; Vol 10(1): 18-24.
15. Díaz, Angélica; Sanhueza, Pablo; Yacsic, Nicole. Riesgos obstétricos en el embarazo adolescente: estudio comparativo de resultados obstétricos y perinatales con pacientes embarazadas adultas. Rev chil obstet ginecol 2002; 67(6): 481-487.
16. Mayer ML, Barrias AC, Barboza-Galeano SB, Foschessato NA. COMPLICACIONES PERINATALES Y VIA DE PARTO EN RECIEN NACIDOS DE MADRES ADOLESCENTES TEMPRANAS Y TARDIAS . Revista de Posgrado de la VIa Cátedra de Medicina - N° 160 – Agosto 2006 Pág. 1-4

TABLAS

GRUPO VARIABLE	ADOLESCENTES N = 208		ADULTAS N = 186	
	NO	%	NO	%
COMPLICACIÓN PARTO	156	75%	144	77.4%
THE	41	19,7%	36	19.8%
HELLP	5	2,4%	7	3,7%
HEMORRAGIA	16	7,7%	17	9,1%
RPM	34	16,3%	34	18,2%
CORIOAMNIONITIS	13	6,3%	15	8,0%
UCI	1	0,5%	0	0%
MUERTES MATERNAS	1	0,5%	0	0%
CESÁREAS	110	52,9%	100	53,5%
CESAREAS X DCP	72	66%	48	48,5%
ÓBITOS FETALES	3	1,4%	2	1,1%
RN TERMINO	176	84.6%	157	84,0%
AEG	192	92,3%	168	89,3%
RN COMPLICACIONES	47	22.7%	53	28,3%
MUERTES NEONATALES	1	0,49%	3	1,6%
SEPSIS NEONATAL	26	12,5%		11,8%
REANIMACIÓN RN	16	7,7%	16	8,6%

	< 16 AÑOS		16 Y 17 AÑOS		18 Y 19 AÑOS		TOTAL ADOLES		20-24 AÑOS	
	N(50)	%	N(83)	%	N(74)		N(50)	%	N(186)	
COMPLICACIÓN MATERNA	43	84%	64	77%	50	66.7%	156	144	77.4%	
DCP	27	54%	28	33.7%	18	24%	73	48	25.8%	
HEMORRAGIA	(*)4	(*)8%	2	2.4%	10	13.3%	16	17	9,1%	
THE	17	34%	15	18%	9	12%	41	36	19.8%	
RPM	12	24%	16	19.3%	6	8%	34	34	18,2%	
PARTO PRETERMINO	11	22%	9	10.8%	12	16%	32	27	15,0%	
OLIGOAMNIOS	5	10%	6	7.2%	4	5.3%	15	19	10,2%	
RCIU	2	4%	1	1.2%	1	1.3%	4	10	5,4%	
REANIMACIÓN	6	12%	5	6%	5	6.7%	16	16	8,6%	
UCIN	6	12%	5	6%	4	5.3%	15	15	8.06%	
SEPSIS RN	11	22%	7	8.43%	8	10.7%	26	22	11,8%	
SMH	5	10%	4	4.80%	3	4%	12	11	5,9%	
COMPLICACIÓN RN	22	44%	13	15.7%	12	16%	47	53	28,3%	
CONTROL PRENATAL	17	34%	59	71.1%	55	73%	131	141	75,9%	
RN PEQUEÑO	11	22%	9	10.8%	10	13.3%	30			
CST	41	82%	39	47%	30	40%	110	100	53,5%	
MUERTE MATERNA	1	2%	0	0%	0	0%	1	0	0%	
ÓBITO FETAL	1	2%	1	1.2%	1	1.3%	3	2	1,1%	
MUERTE RN	1	2%	2	2.4%	1	1.3%	4	3	1,6%	

