

Adolescente Embarazada, Estudio Comparativo de Tres Muestras

Víctor M. Padula F.*

Palabras claves: ADOLESCENTE. EMBARAZO.
ESTRATOS SOCIALES.

Keywords: ADOLESCENTS. PREGNANCY.
SOCIAL STRATUS

RESUMEN:

Se comparan tres muestras de adolescentes embarazadas provenientes de estratos sociales diferentes y atendidas en tres hospitales distintos. Dos de carácter público y uno privado. Se revisan siete parámetros.

SUMMARY:

Compare three samples of pregnant adolescents coming from different social stratus and attended in three different hospitals. Two of them public, and one private. They are checked in seven parameters.

ADOLESCENCIA:

Cronológicamente, de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud, corresponde a la etapa que transcurre entre los 10 y 20 años de edad. Es la etapa de mayores cambios psíquicos y físicos durante el crecimiento y desarrollo humano.

En Venezuela los adolescentes representan el 24,94% de la población general.

El Dr. Tomás Silber, en su trabajo "El embarazo en adolescentes en Estados Unidos de América" revisa las consecuencias del mismo, y señala: "la adolescente em-

barazada sufre mayor número de complicaciones gestacionales que la población de embarazadas adultas: toxemia, eclampsia, anemia, desproporción feto-pélvica, parto prolongado. Factores a los cuales se unen pobreza y atención médica escasa o nula".

La prematuridad y el bajo peso al nacer son mucho más frecuentes en los recién nacidos hijos de adolescentes. La mortalidad perinatal, neonatal e infantil, es mucho mayor en los nacidos de madres menores de 16 años que la correspondiente a la población general de recién nacidos.

CONSECUENCIAS PSICO-SOCIALES:

El embarazo en la adolescente constituye un período de stress psicológico para la mayoría de las adolescentes y sus familiares. Waters, en 1969, lo resumió en su llamado "Síndrome del fracaso de la madre adolescente". En un estudio de más de 600 casos encuentra: fracaso para el logro de la propia identidad, para la continuación de estudios, para la planificación familiar, para constituir una familia estable, para llegar a autodependencia económica, y para el logro 100% del niño sano.

La adolescente soltera embarazada tiende a sufrir depresión, acoso por dudas acerca de su futuro. Con una incidencia de intentos de suicidio en un 13%.

La mayoría de las madres adolescentes tienen muy poco conocimiento del desarrollo infantil normal, y poseen conceptos equivocados sobre el comportamiento de sus hijos, llegando a través de la impaciencia, irritabilidad e insensibilidad, al castigo corporal del niño en forma exagerada.

CAUSAS PREDISPONENTES:

Asociados a una actividad sexual temprana, Silber identifica varios factores: Nivel socioeconómico bajo, inestabilidad familiar, embarazo previo, embarazo de una hermana adolescente, madre con historia de embarazo en

* Adjunto Departamento de Pediatría, Hospital Dr. Miguel Pérez Carreño, IVS. Docente Curso Universitario Post-Grado de Pediatría, UCV. Pediatra Hospital Privado Centro Médico de Caracas.

Trabajo presentado en la Teleconferencia Médica Internacional "Supervivencia y Salud Infantil", Octubre 1986, Miami Children's Hospital, U.S.A.

adolescencia, enfermedad crónica de alguno de los padres, y la presión por el grupo de amigas de que la adolescente debe iniciar relaciones sexuales premaritales.

SALUD PUBLICA:

En el año 1980, en los Centros y Hospitales adscritos al Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, bajo el Programa de estudio de Morbilidad Hospitalaria, se internaron 53.112 pacientes con los diagnósticos siguientes:

Abortos: 39.435. Adolescentes 41%.

Hemorragias del Embarazo, Parto y Puerperio: 8024. Adolescentes 46%.

Toxemias: 5.653. Adolescentes 50%.

La tasa de prematuridad es casi el doble en relación a las adultas embarazadas. Los trabajos de Castellanos y Agüero en Caracas, y Delgado en Valera, la fijan en 17% y 18% respectivamente.

ESTUDIO COMPARATIVO DE TRES MUESTRAS:

Las cifras estadísticas y los trabajos realizados en relación a adolescentes ambarazadas, en nuestro país, se han llevado a cabo con muestras provenientes de Instituciones Hospitalarias Públicas. En este trabajo se incluye una muestra proveniente de Institución Hospitalaria Privada, con lo cual cubrimos los siguientes tipos poblacionales: Urbano-Barrio-Marginal, Urbano-Rural, y Urbano-clase media-media alta.

Las Instituciones de las diferentes muestras son las siguientes:

Maternidad Concepción Palacios: Urbano-Barrio-Marginal. Caracas.

Hospital "Dr. Adolfo Prince Lara". Urbano-Rural. Puerto Cabello.

Hospital Privado Centro Médico. Urbano clase media-media alta. Caracas.

Se tomaron siete parámetros a comparar: Porcentaje de adolescentes del total de admisiones, estado civil, edad materna, número de gestaciones y control prenatal, complicaciones del embarazo, cesáreas, recién nacidos de bajo peso para edad gestacional.

PORCENTAJE:

En la Maternidad Concepción Palacios, en el lapso comprendido entre el 1-1-80 y el 16-3-80 sobre un total de admisiones de 6.318 embarazadas, 1.240 eran adolescentes, lo cual corresponde al 19,63%. En el Hospital "Doctor Adolfo Prince Lara", en el lapso comprendido entre el 1-1-79 y el 31-12-83 sobre un total de admisiones de 23.122 embarazadas, 2.719 eran adolescentes, lo cual corresponde al 11,76%.

En el Hospital Privado Centro Médico de Caracas se escogieron al azar tres lapsos, separados cuatrienalmente,

suponiendo poder establecer cambios de actitud social de acuerdo a influencias socio-culturales del momento, tales como música, moda, liberación sexual, etc. Sobre un total de admisiones de 4.416 embarazadas, 76 eran adolescentes, lo cual corresponde al 1,72%.

Es importante la diferencia en los porcentajes de las tres Instituciones, donde la variable Barrio-Marginal parece influir en aumentarlo. Al mismo tiempo, destaca el porcentaje bajo en la variable Urbano clase media-media alta. (Ver cuadro 1).

En los siguientes cuadros demostrativos, la muestra correspondiente al Hospital "Dr. Adolfo Prince Lara" corresponde al 10% de la utilizada para determinación del porcentaje, tal como se establece en el trabajo original consultado.

CUADRO N° 1

**Embarazadas adolescentes.
Estudio comparativo de tres muestras.**

	Lapso	Admisiones	EA	%
* MCP	1/ 1/80 16/ 3/80	6.318	1.240	19,63
** H.APL	1/ 1/79 31/12/83	23.122	2.719	11,76
*** H.PCMC	12/ 1/75	1.464	33	2,25
	25/ 4/76			
	12/12/79	1.484	34	2,29
	17/ 3/81			
	10/ 5/85	1.468	9	0,61
	30/ 9/86			
Total H.PCMC		4.416	76	1,72

* Oscar Agüero y Col. Maternidad Concepción Palacios. Caracas.

** José Ramón López Gómez y Col. Hospital Dr. Adolfo Prince Lara. Pto. Cabello.

*** Víctor Padula Falci. Hospital Privado Centro Médico de Caracas.

ESTADO CIVIL:

De las muestras analizadas, el porcentaje de madres solteras se establece en 73,71% para la Urbano-Barrio-Marginal, 71,32% para la Urbano-Rural, y 14,47% para la Urbano media media-alta, siendo apreciable la diferencia entre las dos primeras y la última.

Esta característica puede que revista mucha importancia en la modificación de otros parámetros contemplados en este estudio, como veremos más adelante. Es probable que influencias de tipo socio-cultural influyen en estas diferencias porcentuales, confiriendo criterios de estabilidad

ADOLESCENTE EMBARAZADA

y aceptación del embarazo y del recién nacido, tanto por parte de la adolescente, como por su entorno familiar y social. (Ver cuadro 2).

CUADRO N° 2
Embarazadas adolescentes.
Estudio comparativo de tres muestras.
Estado civil.

	Muestra	Solteras	%
MCP	1.240	914	73,71
H. APL	272	194	71,32
HPCMC	76	11	14,47

EDAD MATERNA:

Todas las muestras corresponden a las adolescentes menores de 20 años, divididas en tres grupos: de 14 años o menos, de 15 a 16 años, y de 17 a 19 años, correspondientes respectivamente a las etapas de adolescencia temprana, media y tardía.

Al examinar estas muestras apreciamos una diferencia significativa en los grupos de 15 a 16 años, y 14 años o menos, correspondientes al Hospital "Dr. Adolfo Prince Lara" y las otras Instituciones.

Es probable que la cobertura Rural de dicho Hospital influya en esa diferencia, sobre todo teniendo en cuenta lo encontrado también por otros autores, en el sentido de la práctica de matrimonios o concubinatos a edades muy tempranas, en las comunidades o poblaciones agrícolas. (Ver cuadro 3).

CUADRO N° 3
Embarazadas adolescentes.
Estudio comparativo de tres muestras.
Edad materna.

Edad en años	MCP	%	HAPL	%	CMC	%
14 o menos	37	2,98	29	10,66	3	3,94
15 - 16	227	18,30	95	34,92	10	13,15
17 - 19	976	78,70	148	54,41	63	82,89
Totales	1240		272		76	

GESTACIONES Y CONTROL PRENATAL:

En la Maternidad Concepción Palacios, de un total de 1.240 adolescentes embarazadas, 855 (68,95%) eran primigestas y 364 (19,35%) no hicieron control prenatal.

En el Hospital "Dr. Adolfo Prince Lara", de un total de 272 adolescentes embarazadas, 149 (54,78%) eran primigestas y 115 (49,15%) no hicieron control prenatal.

En el Centro Médico de Caracas, de un total de 76 adolescentes embarazadas, 76 (100%) eran primigestas y 3 (3,94%) no hicieron control prenatal.

Lo anterior nos indica que 31,05% de las adolescentes embarazadas correspondiente a la muestra Urbana-Barrio-Marginal habían tenido más de una gestación; de la muestra Urbana-Rural 45,22%, y de la muestra Urbana clase media-media alta el 0%. Respectivamente el control prenatal fue de 80,65%; 50,85% y 96,06%.

De nuevo se observa en estos datos la influencia del medio social como factor determinante en las situaciones específicas de cada grupo, puesto que si totamos lo relativo al medio Urbano-Rural podemos correlacionar su porcentaje alto de adolescentes con más de una gestación, su porcentaje alto sin control prenatal y su porcentaje alto de menores de 17 años embarazadas, con las características de una población dispersa, a la cual se le dificulta la obtención del servicio médico por las distancias entre el usuario y el dispensador, y que culturalmente es frecuente las uniones maritales a temprana edad en la mujer.

En la muestra Urbana-Barrio-Marginal, la tercera parte ha tenido más de una gestación, y un porcentaje importante no ha hecho control prenatal. En este grupo, el cual indudablemente tiene acceso más fácil a sitios de atención, la causa de estos porcentajes hay que buscarla principalmente en el desconocimiento de los recursos disponibles, y en la indiferencia ante la situación de adolescente embarazada.

En la muestra Urbana clase media-media alta, el 100% fueron primigestas y el porcentaje sin control prenatal fue bajo. Ambos datos nos hace pensar en un grupo poblacional mejor protegido por factores socio-culturales, el cual además, utiliza los recursos médicos disponibles. (Ver cuadro 4).

CUADRO N° 4
Embarazadas adolescentes.
Estudio comparativo de tres muestras.
Gestaciones y control pre-natal

	MCP	%	HAPL	%	CMC	%
Primigestas	855	68,95	149	54,78	76	100,00
Total Embarazadas	1.240		272		76	
Sin control PN	364	19,35	115	49,15	3	3,94

COMPLICACIONES DEL EMBARAZO:

Se estudiaron las tres complicaciones más frecuentes coincidentes en la mayoría de los trabajos relativos a embarazo en adolescentes. Aborto, Parto Prematuro y Toxemia. El porcentaje de abortos fue de 9,27% en la Maternidad Concepción Palacios. De 8,46% en el Hospital "Dr. Adolfo Prince Lara", y de 5,26% en el Centro Médico de Caracas. Estas cifras están elevadas con respecto a las correspondientes de las embarazadas en general. Sin embargo, hay una diferencia significativa a favor de la observada en la Institución Privada.

El porcentaje de partos prematuros se situó en 11,45% para la Maternidad Concepción Palacios, y en 11,84% para el Centro Médico de Caracas. Este parámetro no aparece registrado en el trabajo consultado del Hospital "Dr. Adolfo Prince Lara". Los porcentajes muy similares encontrados en dos muestras nos hace pensar que los factores que intervienen en el desencadenamiento del parto prematuro en la adolescente embarazada tienen mucho que ver con su crecimiento y desarrollo, en cuanto a anatomía y fisiología abdómino-pelviana se refiere. Sin embargo, un dato interesante obtenido en la muestra del Centro Médico de Caracas lo constituye el hecho del 100% de prematuros adecuados para su edad gestacional.

El porcentaje de toxemia fue de 4,92% en la Maternidad Concepción Palacios; 6,25% en el Hospital "Dr. Adolfo Prince Lara", y apenas 1,31% en el Centro Médico de Caracas. Estas cifras correlacionan con las correspondientes a los porcentajes sin control prenatal, y a la menor edad de la gestante. (Ver cuadro 5).

CUADRO N° 5

**Embarazadas adolescentes.
Estudio comparativo de tres muestras.
Complicaciones del embarazo.**

	MCP	%	HAPL	%	CMC	%
Aborto	115	9,27	23	8,46	4	5,26
Parto prematuro	142	11,45			9	11,84
Toxemia	61	4,92	17	6,25	1	1,31
Muestra	1.240		272		76	

CESAREAS:

El porcentaje fue de 7,90% en la Maternidad Concepción Palacios; 9,93% en el Hospital "Dr. Adolfo Prince Lara", y de 13,15% en el Centro Médico de Caracas.

Los dos primeros porcentajes están por debajo de los encontrados por otros autores. Habría que estudiar la morbilidad y mortalidad feto-neonatal para determinar si el mayor porcentaje encontrado en la muestra del Centro Médico de Caracas es el resultado de una mejor vigilancia del embarazo y del trabajo de parto. (Ver cuadro 6).

CUADRO N° 6

**Embarazadas adolescentes.
Estudio comparativo de tres muestras.
Cesáreas.**

	Casos	Op. cesárea	%
MCP	1.240	98	7,90
HAPL	272	27	9,93
HPCMC	76	10	13,15

RECIEN NACIDOS DE BAJO PESO PARA EDAD GESTACIONAL:

El cálculo del porcentaje de estos recién nacidos de madres adolescentes, se llevó a cabo para las muestras de Instituciones Públicas según los porcentajes estadísticos al respecto, del Centro Latinoamericano de Perinatología.

Dichos cálculos dieron un porcentaje de 10,48% para la Maternidad Concepción Palacios, y 10,29% para el Hospital "Dr. Adolfo Prince Lara".

Para el Centro Médico de Caracas el porcentaje directo de la muestra examinada fue de 7,89%.

El porcentaje de Recién Nacido de Bajo Peso para Edad Gestacional, el cual, en el estudio colaborativo del CLAP va desde el 11% al 19%, muestra una diferencia significativa entre los porcentajes de las muestras Urbana-Barrio-Marginal, Urbana-Rural, y Urbana clase media-media alta. Esta diferencia viene dada indudablemente por dos factores determinantes como son: el mejor control prenatal y la mejor nutrición materna. (Ver Cuadro 7).

CUADRO N° 7

**Embarazadas adolescentes.
Estudio comparativo de tres muestras.**

Recién nacidos de bajo peso para edad gestacional

	Casos	BPEG	%
MCP	1.240	130*	10,48
H.APL	272	28*	10,29
H.PCMC	76	6	7,89

* Calculado por porcentaje estadístico sobre encuesta del C.L.A.P.

CONCLUSIONES:

1. En las tres muestras examinadas se nota definitivamente la influencia socio-cultural en la problemática de la embarazada adolescente.
2. Se afirma como la edad de mayor riesgo obstétrico y fetal, la adolescencia temprana.
3. Se reconoce como un hecho, la reducción drástica de complicaciones materno-fetales en base a un mejor control prenatal y una mejor asistencia del parto.
4. Queda por establecer los problemas psico-sociales de este grupo de madres y sus hijos, en nuestro país.

RECOMENDACIONES:

1. Llevar a la práctica los programas elaborados en el sector salud en relación a la atención de la embarazada, actualizando lo relativo a la embarazada adolescente.

ADOLESCENTE EMBARAZADA

2. Evaluar periódicamente estos programas para sus ajustes necesarios, a fin de mantenerlos operativos.
3. En la enseñanza de Gineco-Obstetricia hacer énfasis en el manejo especial de la embarazada adolescente.
4. En la enseñanza de Pediatría motivar la participación del Pediatra como el profesional de la medicina que, por su acción directa en la pre-adolescencia y en la adolescencia misma, debe ser el orientador en la prevención.
5. Insistir en que cualquiera acción que se emprenda en función de establecer programas tendientes a resolver este problema, debe ir precedida de una campaña intensa de información y educación a la comunidad, en todos sus niveles.

BIBLIOGRAFIA

- 1 Agüero, Oscar.- Comunicació personal.
- 2 Barrera Moncada, G. y col.- Ontogenia del niño latinoamericano: Factores del desarrollo mental. AVEPANE. Memorias I Jornadas Internacionales a nivel Latinoamericano sobre Retardo Mental, Caracas, 1976.
- 3 López Gómez, José R. y col.- La Adolescente Embarazada. Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela, 45:178, 1975.
- 4 Schwarcz, R. y col.- La prevención de nacimientos de niños con insuficiencia ponderal como estrategia para contribuir a reducir el Retardo Mental. AVEPANE. Memorias III Jornadas Internacionales, Caracas, 1981.
- 5 Schwarcz, R. y col.- Principales causas Perinatales de la Mortalidad Feto-Neonatal y de las Secuelas Invalidantes en el Niño, en Países Latinoamericanos. AVEPANE. Retardo Mental, 291:297, Caracas, 1985.
- 6 Silber, Tomás J. El embarazo en adolescentes en Estados Unidos de América. Salud Materno Infantil y Atención Primaria e las Américas. Publicación No. 461, OPS, 1984.
- 7 Villarreal, Dámaso.- Adolescencia. Algunos de sus problemas somáticos. AVEPANE. Memorias IX Jornadas Multidisciplinarias y I Jornadas Regionales. Maracaibo, 1985.

F E D E R R A T A

"Por error involuntario el trabajo original del Dr. Roberto López Nouel, que aparece en el Volumen 33, No. 2, de la Revista "Centro Médico", páginas 123 a 125, no fue indexado y en el cabezal de la página par correspondiente No. 124, aparece como primer autor el Dr. José Besso, el cual es segundo autor del trabajo".

"Se trata pues de un trabajo original de los Dres. Roberto López Nouel, José Besso, José Ramón Lozano, Guillermo Villoria y Lina Bofill y no de un complemento del trabajo que lo precede en el mismo volumen titulado: "Aspectos Controversiales en Resucitación Cardiopulmonar, Maniobras de Compresión, Mecánica de Flujo, Desfibrilación y Farmacología".