
Adolescencia y gestación.

I. Evaluación epidemiológica y de morbilidad en las gestantes

RAFAEL J. MANOTAS, JOSÉ CAICEDO, CÉSAR OSORIO, LUZ E. GÓMEZ

Entre julio 1 de 1988 y junio 30 de 1990 se estudiaron en el Hospital Universitario San Vicente de Paúl, de Medellín, Colombia, 190 adolescentes embarazadas de tres grupos de edad: extremas (13-15 años), intermedias (16-17 años) y limitrofes (18-19 años); se las comparó con 100 gestantes de 20-30 años, de su misma extracción socioeconómica, que sirvieron como controles; el estudio abarcó los siguientes aspectos: edad, estado civil, asistencia a la consulta prenatal y de alto riesgo, aceptación del embarazo, rechazo familiar, consumo de medicamentos, consumo de psicofármacos por la paciente o su compañero, escolaridad y ocupación del compañero, enfermedades durante el embarazo, el parto y el puerperio, edad gestacional al momento del parto y mortalidad. Se encontraron diferencias significativas ($p < 0.05$) sólo en las siguientes variables: 1) menor proporción de pacientes casadas, con respecto a las controles, entre las adolescentes extremas e intermedias y entre las adolescentes como grupo total; 2) menor proporción de pacientes casadas en las adolescentes intermedias que en las limitrofes; 3) mayor proporción de estudiantes entre las adolescentes extremas que en cualquiera de los otros tres grupos y en las adolescentes como grupo total que en las

controles; 4) mayor proporción de controles que de adolescentes dedicadas a las labores del hogar; 5) menor proporción de pacientes que habían cursado la primaria incompleta entre las adolescentes extremas e intermedias que en las limitrofes y las controles y en el grupo total de adolescentes en relación con las controles; 6) mayor proporción de pacientes que fumaban entre las controles que entre las adolescentes; 7) mayor frecuencia de la presentación podálica como causa de cesárea en las adolescentes extremas que en las intermedias; 8) mayor frecuencia de enfermedades durante el embarazo en cada uno de los grupos de adolescentes y en el grupo total de ellas en comparación con el grupo control; 9) mayor frecuencia de infección urinaria en las adolescentes extremas y limitrofes y en el grupo total de adolescentes en relación a las controles; 10) mayor frecuencia de otras infecciones en las adolescentes intermedias y

DOCTOR RAFAEL MANOTAS CABARCAS, Profesor Titular, Departamento de Pediatría y Centro de Investigaciones Médicas; DOCTOR JOSÉ CAICEDO R, Profesor Titular, Departamento de Obstetricia y Ginecología; ambos de la Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia; DOCTOR CÉSAR OSORIO, Médico general; LICENCIADA LUZ E. GÓMEZ, Trabajadora Social, Hospital Universitario San Vicente de Paúl, Medellín, Colombia.

límitrofes y en el grupo total de adolescentes en relación a las controles; 11) mayor frecuencia de consumo de antibióticos en las adolescentes límitrofes y en el grupo total de adolescentes en relación con las controles; 12) mayor frecuencia de consumo total de medicamentos en las adolescentes límitrofes que en las controles; 13) mayor frecuencia de enfermedades del parto y del puerperio en adolescentes extremas e intermedias y en el grupo total de adolescentes en comparación con las controles. Con base en los resultados y en su discusión se insiste en la necesidad de optimizar la atención de las adolescentes embarazadas.

PALABRAS CLAVES
ADOLESCENCIA
GESTACIÓN
EMBARAZO DE ALTO RIESGO

INTRODUCCIÓN

El problema de la gestación durante la adolescencia ha motivado múltiples estudios en diferentes países. Según la literatura, la prevalencia de dicha asociación está aumentando y oscila actualmente entre 2.8% y 14.3% de los partos atendidos en diversas instituciones (1-3). En el Hospital Universitario San Vicente de Paúl, de Medellín, Colombia, las mujeres entre 15 y 19 años conforman el 20% de la población atendida con motivo de un embarazo (4,5), mientras que en los Estados Unidos se calculan en cerca de un millón por año los embarazos en adolescentes, 30.000 de ellas menores de 15 años (6).

La tendencia general es a considerar dichos grupos de edad como de muy alto riesgo materno y fetal, por las diversas circunstancias desfavorables que rodean a las jóvenes que quedan en embarazo, derivadas de situaciones sociales, económicas, de abandono por parte del compañero, drogadicción y otras (2,7,8).

El trabajo diario con las madres de estratos sociales bajos que acuden a este hospital, plantea serias dudas acerca de la posibilidad de que existan diferencias importantes en el comportamiento obstétrico de las adolescentes comparado con el de gestantes mayores de su mismo estrato socioeconómico. Es importante también que entre las adolescentes existen grupos de edad que, en una época crucial del

desarrollo físico, pueden comportarse distintivamente frente al embarazo y también, cada grupo, diferenciarse de las gestantes mayores.

Esta investigación pretendió detectar tales diferencias en 4 grupos de mujeres gestantes clasificadas como adolescentes extremas, intermedias y límitrofes y mujeres mayores que servían como grupo de control. La hipótesis planteada fue la siguiente: "no existen diferencias significativas en el comportamiento de la morbimortalidad materna entre los cuatro grupos mencionados"; los objetivos fueron estudiar y comparar dicho comportamiento así como algunos factores socioeconómicos asociados, la asistencia a la consulta prenatal y los hábitos de drogadicción.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se diseñó un formulario para aplicar a todas las adolescentes que ingresaran al Departamento de Obstetricia y Ginecología del Hospital Universitario San Vicente de Paúl, en el período julio 1 de 1988 a junio 30 de 1990, así como a las gestantes mayores que sirvieran como controles.

Los grupos se definieron así: adolescentes extremas (13 a 15 años); intermedias (16 y 17 años); límitrofes (18 y 19 años); gestantes mayores o controles (20 a 30 años). Los límites para una edad determinada se fijaron entre el día de dicho cumpleaños y el anterior al siguiente.

Los controles se tomaron en los dos días inmediatos a la llegada de una adolescente, hasta completar cien. El formulario fue diligenciado por dos investigadores y una trabajadora social; las variables estudiadas fueron: edad y estado civil de la madre; asistencia a la consulta prenatal y de alto riesgo; embarazo deseado y rechazo familiar; consumo de medicamentos y psicofármacos por parte de la gestante y de estos últimos por su compañero; escolaridad y ocupación del compañero; enfermedades durante el embarazo, el parto y el puerperio; edad gestacional al momento del parto y mortalidad.

Las comparaciones se hicieron tomando la edad como variable independiente; para las variables cualitativas se utilizaron la prueba exacta de Fisher y el chi cuadrado corregido por Yates. Las cuantitativas se compararon mediante la prueba Z. Los resultados se consideraron significativos cuando la probabilidad era menor del 5% ($p < 0.05$).

RESULTADOS

En el período del estudio se obtuvo una muestra de 290 gestantes distribuidas así: 25 adolescentes extremas, 75 intermedias, 90 limítrofes y 100 controles.

Estado civil (Tabla N° 1)

Hubo sólo 2 casos (8%) de pacientes casadas entre las adolescentes extremas, lo que fue estadísticamente distinto del hallazgo en las controles (35%) (p: 0.01) pero no de las cifras correspondientes a los otros dos grupos de adolescentes (9.3% y 18.9%). Las casadas del grupo intermedio (9.3%) también fueron significativamente menos que las de dicho estado civil entre las limítrofes (18.9%) y las controles (35%) (p: 0.01 y 0.0002, respectivamente). No hubo diferencias a este respecto entre el grupo limítrofe y el de control. Cuando se estudió el grupo total de 190 adolescentes se detectó un número menor de casadas entre ellas (26; 13.7%) contra 35 (35%) en las controles (P: 0.000014).

Orden del embarazo

La totalidad de las adolescentes extremas y 64 de las 75 intermedias se encontraban en su primera gestación. En este último grupo, 8 habían tenido un emba-

razo previo y 3 más cursaban su tercer embarazo. Entre las 90 limítrofes, 64 estaban en su primera gestación, 20 en la segunda y 6 en la tercera. En el grupo control sólo 27 eran primigestantes, 32 secundigestantes, 19 cursaban su tercer embarazo, 8 el cuarto, 9 el quinto, dos casos respectivamente el sexto y el séptimo y una estaba en su novena gestación.

Ocupación materna (Tabla N° 2)

Hubo mayor proporción de estudiantes entre las adolescentes extremas (40%) que en los otros tres grupos (13.3%, 11.1%, 3%) (p: 0.07), así como en el grupo total de 190 adolescentes (30; 15.8%) comparado con el de control (3; 3%) (p: 0.002). Por otra parte, fue mayor la proporción de controles (85%) que la de adolescentes dedicadas al hogar (142; 74.7%) (p: 0.03) pero a medida que las últimas se iban haciendo mayores aumentaba la proporción de las dedicadas a tal actividad.

Escolaridad materna (Tabla N° 3)

Sólo una paciente era analfabeta pero la deserción escolar antes de terminar la primaria había sido alta y crecía con la edad; así, la primaria había sido incompleta en 12% de las adolescentes extremas, 17.3% de las intermedias, 25.6% de las limítrofes y 28% de las controles. Estas proporciones fueron similares para las

TABLA N° 1

EDAD Y ESTADO CIVIL												
ESTADO CIVIL	Extremas		Intermedias		Limítrofes		Total de Adolescentes		Controles		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Casada	2	8.0	7	9.3	17	18.9	26	13.7	35	35.0	61	22.0
Soltera	15	60.0	40	53.3	42	46.7	97	51.1	28	28.0	125	43.1
Unión libre	8	32.0	28	37.3	31	34.4	67	35.3	37	37.0	104	35.9
TOTAL	25	100.0	75	100.0	90	100.0	190	100.0	100	100.0	290	100.0

TABLA N° 2

EDAD Y OCUPACIÓN												
OCUPACIÓN	Extremas		Intermedias		Limítrofes		Total de Adolescentes		Controles		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Hogar	14	56.0	56	74.7	72	80.0	142	74.7	85	85.0	227	78.3
Estudiante	10	40.0	10	13.3	10	11.1	30	15.8	3	3.0	33	11.4
Empleada Doméstica	-	-	2	2.7	6	6.7	8	4.2	6	6.0	14	4.8
Otras	1	4.0	7	9.3	-	-	8	4.2	5	5.0	13	4.5
Desempleada	-	-	-	-	2	2.2	2	1.1	1	1.0	3	1.0
TOTAL	25	100.0	75	100.0	90	100.0	190	100.0	100	100.0	290	100.0

adolescentes extremas y las intermedias, pero inferiores a las de las limitrofes y los controles ($p: 0.048$). Los porcentajes de deserción escolar temprana fueron también superiores en los controles comparadas con el grupo total de las adolescentes ($p: 0.0001$).

No se compararon los diversos grupos en cuanto a la educación secundaria o superior porque muchas adolescentes no habían alcanzado tales niveles.

Escolaridad del compañero

La frecuencia de deserción escolar al terminar la primaria fue 24% para los compañeros de las adolescentes extremas, 21.3% para los de las intermedias, 16.6% para los de las limitrofes y 25% para los de los controles. Habían terminado la secundaria, respectivamente, 4%, 8%, 6.6% y 7%. Las diferencias no fueron significativas.

Ocupación del compañero (Tabla N° 4)

Para esta variable se dividió la ocupación del compañero en 5 grupos, a saber: 1) trabajo estable, ya fuera asalariado o independiente; 2) trabajo inestable, cuando lo hacía intermitentemente o por contratos; 3) desempleado, 4) actividad desconocida y 5) fallecido.

Las proporciones de las cinco categorías fueron similares en los cuatro grupos entre sí y entre las adolescentes como grupo total y los controles.

Aceptación del embarazo

Las proporciones de aceptación en los cuatro grupos fueron, respectivamente: 64%, 57.4%, 54.7% y 60%. Las diferencias no fueron significativas. Tampoco lo fueron entre el porcentaje de aceptación en

TABLA N° 3

EDAD Y ESCOLARIDAD												
ESCOLARIDAD	Extremas		Intermedias		Limitrofes		Total de Adolescentes		Controles		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Analfabetas	-	-	-	-	1	1.1	1	0.5	-	-	1	0.3
Primaria incompleta	3	12.0	13	17.3	23	25.6	39	20.5	28	28.0	67	23.1
Primaria completa	5	20.0	20	26.7	25	27.8	50	26.3	18	18.0	68	23.4
Secundaria incompleta	17	68.0	39	52.0	34	37.7	90	47.4	42	42.0	132	45.5
Otros niveles *	-	-	-	-	5	5.5	5	2.6	5	5.0	10	3.4
Desconocida	-	-	3	4.0	2	2.2	5	2.6	7	7.0	12	4.1
TOTAL	25	100.0	75	100.0	90	100.0	190	100.0	100	100.0	290	100.0

* Secundaria completa y universitaria incompleta o completa

TABLA N° 4

EDAD Y OCUPACIÓN DEL COMPAÑERO						
OCUPACIÓN	Adolescentes		Controles		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Trabajo estable	62	32.6	37	37.0	99	34.1
Trabajo inestable	98	51.6	52	52.0	150	51.7
Desempleado	19	10.0	10	10.0	29	10.0
Desconocida	4	2.1	1	1.0	5	1.7
Fallecido	7	3.7	-	-	7	2.4
TOTAL	190	100.0	100	100.0	290	100.0

las adolescentes como grupo total (58.7%), y el de los controles (60%).

Rechazo familiar al embarazo

Se detectó en 2 (8%) de las adolescentes extremas, 11 (14.7%) de las intermedias, 18 (20%) de la limítrofes y 16 (16%) de los controles. No hubo asociación significativa entre la frecuencia del rechazo y la edad de las pacientes ni entre la variable adolescencia y el rechazo en comparación con los controles.

Violación e intento de aborto

Se halló este dato en dos adolescentes extremas, una intermedia y una limítrofe. El análisis estadístico no mostró asociaciones. Tres de las cuatro pacientes violadas rechazaron el embarazo y una de ellas intentó abortar. Se presentaron 2 casos de intento de aborto en las adolescentes limítrofes y otro en los controles. Una de la pacientes que intentó abortar había sido violada. No hubo asociación entre esta variable y la edad de las pacientes.

Consulta prenatal

La efectuaron 255 pacientes (88%) sin diferencias entre los grupos. Acudieron a la consulta de alto riesgo 16% de las adolescentes extremas, 8% de las intermedias, 9% de las limítrofes y 14% del grupo control. Tampoco en este caso las diferencias fueron significativas.

Ingestión de psicofármacos

Se obtuvo este dato en 289 madres y sólo 7 aceptaron haber utilizado algún tipo de sustancia psicoactiva. No se detectó ningún caso de drogadicción entre las adolescentes extremas; hubo sendos casos de consumo de alcohol en las intermedias, las limítrofes y los controles; se presentó un caso de utilización de

"basuco" en las intermedias y otro en los controles; hubo un caso de consumo mixto de alcohol y "basuco" entre los controles y otro de marihuana y "basuco" entre las extremas. Los análisis estadísticos no mostraron asociaciones de importancia.

La frecuencia de consumo de cigarrillo aumentaba con la edad; las cifras fueron, respectivamente, 8%, 9.3%, 14.4% y 24%. No hubo diferencias entre las proporciones de consumo en los tres grupos de adolescentes pero sí entre ellas como grupo total (22 pacientes; 11.6%) y los controles (24%) ($p < 0.5$).

Psicofármacos usados por el compañero (Tabla N° 5)

No se detectó ninguna asociación entre el tipo de consumo de los compañeros y el grupo cronológico de las adolescentes pero sí fue evidente la frecuencia de tal costumbre, ya que se la halló en 56 compañeros, lo que representa el 19.3% del grupo total. Tres parejas tuvieron un consumo común.

Edad gestacional al momento del parto

Se presentaron 22 casos de prematuridad entre las adolescentes (11.6%) y 11 entre los controles (11%) ($p > 0.05$). Sólo se presentaron tres casos de prematuridad extrema (niños menores de 30 semanas) dos de ellos en adolescentes intermedias y uno en los controles. Hubo dos casos de postmadurez en adolescentes limítrofes, uno en las intermedias y dos en los controles.

Terminación del parto (Tabla N° 6)

Se practicaron 75 cesáreas entre las adolescentes (39.5%) y 42 entre los controles (42%); la diferencia no fue significativa ($p: 0.77$). Tampoco se detectaron diferencias en los porcentajes de cesá-

TABLA N° 5

EDAD DE LAS PACIENTES Y CONSUMO DE PSICOFÁRMACOS POR SUS COMPAÑEROS						
PSICOFÁRMACOS	Adolescentes		Controles		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Alcohol	19	10.0	15	15.0	34	11.7
Basuco	8	4.2	1	1.0	9	3.1
Marihuana	5	2.6	-	-	5	1.7
Combinaciones*	5	2.6	3	3.0	8	2.7
TOTAL QUE CONSUMEN	37	19.5	19	19.0	56	19.3
TOTAL NO CONSUMEN	153	80.5	81	81.0	234	80.7
TOTAL	190	100.0	100	100.0	290	100.0

* Marihuana + basuco: 5 casos; marihuana + alcohol: 2 casos; alcohol + basuco: 1 caso.

reas correspondientes a los tres grupos de adolescentes. En total a 117 pacientes (40.3%) se les hizo cesárea.

a las 10 más frecuentes (Tabla N° 8) se halló que en el grupo de adolescentes extremas, 17 (68%) presentaron una o más entidades clínicas definidas; el

TABLA N° 6

EDAD Y FORMA DE TERMINACIÓN DEL PARTO						
FORMA DE TERMINACIÓN	Adolescentes		Controles		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Espontánea	103	54.2	51	51.0	154	53.1
Cesárea	75	39.5	42	42.0	117	40.3
Fórceps	12	6.3	7	7.0	19	6.6
TOTAL	190	100.0	100	100.0	290	100.0

Causas de las cesáreas (Tabla N° 7)

Las más frecuentes fueron la desproporción fetopélvica (38.5%), el sufrimiento fetal agudo (12%) y la presentación podálica (11.1%).

No se detectaron diferencias significativas entre los cuatro grupos en cuanto a las proporciones de las dos primeras de estas causas pero sí en cuanto a la presentación podálica; ésta tuvo lugar en 28.6% de las adolescentes extremas y en 3.3% de las intermedias (p: 0.009); con los otros grupos las diferencias no fueron significativas.

Enfermedades del embarazo

Mediante el interrogatorio y por los diagnósticos de la historia de remisión, se detectaron 32 entidades distintas entre las gestantes. Concretando el análisis

número de casos y los porcentajes respectivos en los otros 3 grupos fueron: 42 (56%), 60 (66.7%) y 41 (41%).

Los tres grupos de adolescentes, tomados independientemente, mostraron diferencias significativas con los controles cuando se evaluó el número total de episodios de enfermedad padecidos (p: 0.02, 0.03 y 0.0006). La comparación de los tres grupos entre sí no mostró asociación, pero la del grupo total de adolescentes con el de control sí lo hizo, ya que entre las primeras hubo 119 pacientes que padecieron 163 episodios de enfermedad, mientras que en los controles hubo 41 casos con 53 episodios (p: 0.0003).

TABLA N° 7

EDAD Y CAUSAS DE LAS CESÁREAS												
CAUSA	Extremas		Intermedias		Limítrofes		Total de Adolescentes		Controles		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Desproporción fetopélvica	7	50.0	11	36.7	14	45.2	32	42.7	13	30.9	45	38.5
Sufrimiento fetal	-	-	4	13.3	2	6.5	6	8.0	8	19.0	14	12.0
Presentación podálica	4	28.6	1	3.3	4	12.9	9	12.0	4	9.5	13	11.1
OTRAS *	3	22.1	14	46.7	11	35.5	28	37.3	17	40.5	45	38.5
TOTAL	14	100.0	30	100.0	31	100.0	75	100.0	42	100.0	117	100.0

* Incluye: Hipertensión inducida, cesárea previa, condilomatosis, gemelación, mala posición fetal y distocia blanda.

Al analizar las cinco causas más frecuentes de morbilidad se encontró que la prevalencia de hipertensión inducida, de amenaza de parto prematuro y de infecciones de transmisión sexual (sífilis y condilomatosis) no mostró asociación con la edad de las gestantes; en cambio, la infección urinaria y otras infecciones (respiratorias, cutáneas, parasitosis, paludismo y varicela) sí fueron más frecuentes entre las adolescentes, a saber: la prevalencia de infección urinaria fue mayor en las adolescentes extremas (40%) y en las limítrofes (25.6%) comparativamente con los controles (12%). Ello se reflejó en que el grupo total de adolescentes tuvo significativamente más infecciones urinarias que los controles: 50 contra 12 casos (p: 0.007).

Las otras infecciones fueron más frecuentes, de una manera significativa, entre las adolescentes in-

termedias (9.3%) y las limítrofes (13.3%) comparadas con los controles (2%), (p: 0.008 y 0.006), así como entre el grupo total de adolescentes (10.5%) y los controles (2.0%) (p: 0.009).

Ingestión de medicamentos

Ciento sesenta y dos pacientes (55.9%) habían consumido alguna sustancia medicamentosa; en la Tabla N° 9 se detallan las 137 que habían recurrido a alguno de los 6 grupos de medicamentos más frecuentemente utilizados por pacientes de este estudio. Hubo más consumo de antibióticos entre las pacientes limítrofes (27.8%) y en el grupo total de adolescentes (24.7%) en comparación con los controles (12.0%) (p: 0.01 y 0.016, respectivamente). Las adolescentes limítrofes tuvieron también un consumo total de medicamentos (54.4%) significativamente superior al de los controles (35.0%) (p: 0.003).

TABLA N° 8

EDAD Y 10 ENFERMEDADES DURANTE EL EMBARAZO												
ENFERMEDADES	Extremas		Intermedias		Limítrofes		Total de Adolescentes		Controles		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Infección urinaria	10	40.0	17	22.7	23	25.6	50	26.3	12	12.0	62	21.4
Infección de transmisión sexual	2	8.0	11	14.7	16	17.8	29	15.3	9	9.0	38	13.1
Hipertensión inducida	4	16.0	11	14.7	8	8.9	23	12.1	7	7.0	30	10.3
Otras Infecciones	1	4.0	7	9.3	12	13.3	20	10.5	2	2.0	22	7.6
Amenaza de parto prematuro	2	8.0	5	5.3	6	6.7	13	6.8	4	4.0	17	5.9
Ruptura prematura de membranas	1	4.0	3	4.0	2	2.2	6	3.2	1	1.0	7	2.4
Cardiopatía	-	-	1	1.3	1	1.1	2	1.1	3	3.0	5	1.7
Otras *	1	4.0	4	5.3	3	3.3	8	4.2	4	4.0	12	5.2
Total con alguna (s) enfermedad (es)	17	68.0	42	56.0	60	66.7	119	62.6	41	41.0	160	55.2
Ninguna enfermedad	8	32.0	33	44.0	30	33.3	71	37.4	59	59.0	130	44.8
TOTAL	25	100.0	75	100.0	90	100.0	190	100.0	100	100.0	290	100.0

* Incluye asma, epilepsia e hipertensión crónica.

TABLA Nº 9

MEDICAMENTOS	EDAD Y CONSUMO DE MEDICAMENTOS*										TOTAL	
	Extremas		Intermedias		Límitrofes		Total de Adolescentes		Controles		Nº	%
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
Antibióticos	6	24.0	16	21.3	25	27.8	47	24.7	12	12.0	59	20.3
Vitaminas	3	12.0	6	8.0	13	14.4	22	11.6	9	9.0	31	10.7
Broncodilatadores	3	12.0	4	5.3	3	3.3	10	5.3	8	8.0	18	6.2
Analgésicos	1	4.0	5	6.7	2	2.2	8	4.2	5	5.0	13	4.5
Hierro	-	-	5	6.7	4	4.4	9	4.7	-	-	9	3.1
Antiepilépticos	-	-	4	5.3	2	2.2	6	3.2	1	1.0	7	2.4
TOTAL QUE CONSUMIERON	13	52.0	40	53.3	49	54.4	102	53.7	35	35.0	137	47.2
TOTAL QUE NO CONSUMIERON	12	48.0	35	46.7	41	45.6	88	46.3	65	65.0	153	52.8
TOTAL	25	100.0	75	100.0	90	100.0	190	100.0	100	100.0	290	100.0

* La tabla presenta sólo los 6 grupos de medicamentos más frecuentemente utilizados.

Enfermedades del parto y el puerperio (Tabla Nº 10)

Se encontró que tanto las adolescentes extremas (20%) como las intermedias (17.3%) mostraban una frecuencia global de estas enfermedades mayor que los controles (5%) (p: 0.02 y 0.016); no ocurrió así en

las límitrofes (14.4%) que no fueron diferentes de los controles. Si se toman todas las adolescentes como grupo, el número total de problemas (31 casos; 16.3%) fue significativamente mayor que el de los controles (5 casos; 5%) (p: 0.01).

TABLA Nº 10

ENFERMEDADES	EDAD Y ENFERMEDADES DEL PARTO Y EL PUERPERIO										TOTAL	
	Extremas		Intermedias		Límitrofes		Total de Adolescentes		Controles		Nº	%
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
Expulsivo prolongado	1	4.0	5	6.7	3	3.3	9	4.7	1	1.0	10	3.4
Desgarro perineal	1	4.0	3	4.0	2	2.2	6	3.2	-	-	6	2.1
Endometritis	-	-	1	1.3	3	3.3	4	2.1	1	1.0	5	1.7
Atonía uterina	2	8.0	1	1.3	1	1.1	4	2.1	-	-	4	1.4
Infección de herida	1	4.0	1	1.3	1	1.1	3	1.6	1	1.0	4	1.4
Otras*	-	-	2	2.7	3	3.3	5	2.6	2	2.0	7	2.4
TOTAL CON ALGUNA ENFERMEDAD	5	20.0	13	17.3	13	14.4	31	16.3	5	5.0	36	12.4
NINGUNA ENFERMEDAD	20	80.0	62	82.7	77	85.6	159	83.7	95	95.0	254	87.6
TOTAL	25	100.0	75	100.0	90	100.0	190	100.0	100	100.0	290	100.0

* Incluye: Hemorragia posparto, parto prolongado y amnionitis.

Mortalidad

No hubo ninguna muerte entre las gestantes estudiadas; todos los problemas que se suscitaron como consecuencia del parto y el puerperio fueron superados exitosamente.

DISCUSIÓN

En relación con la escolaridad de las madres es preocupante la deserción escolar antes de terminar la primaria, especialmente si se tiene en cuenta que aumenta en proporción directa con la edad. Si en estudios adicionales se demuestra que esto tiene que ver con políticas escolares de no aceptar gestantes en los cursos regulares, es indispensable utilizar otras técnicas de manejo, como la propuesta por Eubanks (9) en el sentido de llevar los programas preventivos a las escuelas. Pensamos, sin embargo, que a este respecto también son importantes las situaciones culturales, sociales y económicas previas de la población.

La literatura médica advierte sobre el menor grado de educación y culturización entre las adolescentes (10), más evidente en los países en desarrollo donde las mujeres deben dedicarse por fuerza mayor a las actividades hogareñas. Tal hallazgo fue evidente también en nuestro estudio.

El alto grado de deserción escolar entre los compañeros de las pacientes coadyuva a deteriorar el estado social y económico de la pareja e influye en el comportamiento epidemiológico de la gestación. En el mismo sentido actúan los bajos porcentajes de ocupación estable de los compañeros.

La frecuencia alta de rechazo de la mujer al embarazo es un factor negativo que se encontró en todos los grupos. Esta actitud explica, en otros países, según informes recientes, la gran afluencia de adolescentes a los servicios de abortos legales (11,12); en nuestros casos no se detectó tendencia alta hacia esta práctica ni una frecuencia alta de violaciones, pero queda el interrogante de la confiabilidad de esta información en el medio sociocultural de las pacientes estudiadas.

También el rechazo familiar al embarazo de la adolescente afecta desfavorablemente su curso; esta variable se correlaciona con la alta frecuencia de soltería de las pacientes y la baja proporción de empleo estable de sus compañeros.

La consulta prenatal fue practicada por la casi totalidad de las pacientes (98%) pero es concebible que esta cifra, aparentemente favorable, obedezca al hecho de ser éste un hospital de tercer nivel, que recibe pacientes referidas por causas especiales. En contraste, los porcentajes de asistencia a la consulta de alto riesgo, que deberían ser altos entre las adolescentes, no se diferenciaron de los de los controles, lo que plantea la necesidad de promover activamente su utilización en nuestro medio.

La morbilidad de las adolescentes fue variada, bastante elevada y significativamente más alta que la de los controles; ello confirma la mayor tendencia de las primeras a tener embarazos complicados. Sin embargo, a diferencia de lo hallado en la literatura, no se comprobó mayor incidencia de procesos de transmisión sexual ni de hipertensión inducida.

Debido al mayor número de infecciones se detectó una proporción más alta de uso de antibióticos entre las adolescentes; también fue significativo su mayor consumo de otros medicamentos, explicado por el más alto número de episodios de enfermedad que sufrieron. Afortunadamente, el consumo de psicofármacos fue bajo en todos los grupos, lo que está en desacuerdo con informes que indican un mayor compromiso de las adolescentes en actividades delictivas y en el uso de sustancias psicoactivas (13).

La frecuencia del hábito de fumar aumenta a medida que avanza la edad y la diferencia entre el mayor consumo de los controles y el de las adolescentes es significativa. Llama la atención que las cifras dadas por los estudios norteamericanos para este hábito en adolescentes son más elevadas que las halladas por nosotros (14-16).

La presentación podálica fue, entre las adolescentes extremas, una causa significativa de cesárea lo que probablemente obedece a la costumbre de intervenir a todas las primigestantes cuyo feto se presente en dicha posición. Como es lógico, el porcentaje de primigestantes fue mayor en este grupo.

Las adolescentes extremas y las intermedias presentaron una más alta frecuencia de complicaciones del parto y el puerperio; si a esto se añade su mayor incidencia de otras enfermedades, se reafirma el concepto de la mayor morbilidad gestacional de las adolescentes, que justifica una vigilancia más estrecha de su embarazo.

Este estudio permite destacar que, en ciertas variables, existe un comportamiento similar de las adolescentes y las gestantes mayores y en otras, como las relacionadas con la morbilidad, mayor tendencia de las primeras a sufrir problemas. Por ello es imprescindible incrementar los cuidados de atención perinatal y los programas de educación dirigidos a la población adolescente.

SUMMARY

ADOLESCENCE AND PREGNANCY. EPIDEMIOLOGIC EVALUATION AND MORBIDITY

Between July 1988 and June 1990 we studied 190 pregnant adolescents of low socioeconomic extraction in Medellín, Colombia. According to age they were classified in three groups, namely: extreme (13-15 years), intermediate (16-17 years) and borderline (18-19 years); one hundred pregnant women aged 20-30 years, of similar socioeconomic status, served as controls. The following aspects were included: civil status, attendance to prenatal and high-risk services, pregnancy acceptance, familiar rejection, therapy, psychoactive-drugs utilization by either patients or their sexual partners, diseases during pregnancy, delivery and puerperium, gestational age at delivery and mortality.

Significant differences ($p < 0.05$) between adolescents and controls were found only in the following variables: 1) lower proportion of marriage among adolescents; 2) higher proportion of students among adolescents; 3) higher proportion of controls devoted to household chores; 4) higher proportion of controls with incomplete elementary school; 5) higher proportion of smokers among controls; 6) higher frequency of diseases during pregnancy, delivery and puerperium in adolescents; 7) higher frequency of urinary tract and other infections and of antibiotics usage in adolescents. There were also some differences between groups of adolescents; one of them was the higher proportion of breech presenta-

tion as a cause for cesarean section in extreme adolescents as compared with the intermediate ones. Based on these findings we emphasize the need to optimize attention to pregnant adolescents.

BIBLIOGRAFÍA

1. MORENO A. Adolescentes y embarazo *Rev Col Obstet Ginecol* 1989; 39: 235-244.
2. FLICKLH. Paths to adolescent parenthood: implications and prevention. *Publ Health Rep* 1986; 101: 132-147.
3. PARDO F, URIZA G. Estudio de embarazo en adolescentes en 11 instituciones colombianas. *Rev Col Obstet Ginecol* 1991; 42: 109-121.
4. JUBIZ A, LONDOÑO JL. Morbimortalidad perinatal. Medellín: Ed. Universidad de Antioquia. 1983, 31 p.
5. Estadísticas. Servicio de Neonatología. Hospital Universitario San Vicente de Paúl. Medellín, 1989.
6. RINGDAHL EN. The role of the family physician in preventing teenage pregnancy. *Am Fam Physician* 1992; 45: 2215-2220.
7. ELSTER A, PANZARINE S, McNARNEY E. Causes of adolescent pregnancy. *Med Aspect Human Sexual* 1980; 14: 35-41.
8. TORRES L. Adolescencia en Colombia. Catálogo colectivo de materiales bibliográficos. Asociación Salud con Prevención. Bogotá. 1987. 154 p.
9. EUBANKS P. Teen pregnancy prevention: hospitals take it to the schools. *Hospitals* 1990; 64: 33-34.
10. PÉREZ N, GIL M, SÁNCHEZ A, et al. Estudio epidemiológico de fertilidad en adolescentes en la comunidad autónoma de Madrid. *Atención Primaria* 1993; 12: 139-143.
11. JOYCE TJ, MOCAN NH. The impact of legalized abortion on adolescent childbearing in New York City. *Am J Public Health* 1990; 80: 273-278.
12. SMITH T. Influence of socioeconomic factors on attaining targets for reducing teenage pregnancies. *Brit Med J* 1993; 306: 1232-1235.
13. HUIZINGA D, LOEBER R, THORNBERRY TP. Longitudinal study of delinquency, drug use, sexual activity and pregnancy among children and youth in three cities. *Publ Health Rep* 1993; 108 Suppl 1: 90-96.
14. LAND GH, STOCKBAUER JW. Smoking and pregnancy outcome: trends among black teenage mothers in Missouri. *Am J Publ Health* 1993; 83: 1121-1124.
15. KOKOTAILO PK, ADGER H Jr, DUGGAN AK, et al. Cigarette, alcohol and other drugs use by school-age pregnant adolescents: prevalence, detection and associated risk factors. *Pediatrics* 1992; 90: 328-334.
16. DAVIS RL, TOLLESTRUP K, MILHAM S Jr. Trends in teenage smoking during pregnancy. Washington State: 1984 through 1988. *Am J Dis Child* 1990; 144: 1297-1301.