

M. Martín-Loeches^a
E. Catalá^a
R.M. Ortí^b
J. Rius^a

^aServicio de Obstetricia. Hospital General Marina Alta.
Denia. Alicante. España.

^bServicio de Medicina Preventiva. Hospital Clínico Universitario.
Valencia. España.

Correspondencia:

Dr. M. Martín-Loeches de la Lastra.
Abú-Zeyán, 8, 1.º 2.ª.
03700 Denia. Alicante. España.
Correo electrónico: mm-loeches@coma.es

Fecha de recepción: 9/11/01

Aceptado para su publicación: 23/11/02

Análisis epidemiológico de los resultados perinatales obtenidos en las gestantes adolescentes de la Comunidad Valenciana

Epidemiological analysis of the perinatal results obtained in teenage pregnant girls in the Autonomous Community of Valencia (Spain)

M. Martín-Loeches, E. Catalá, R.M. Ortí, J. Rius. *Análisis epidemiológico de los resultados perinatales obtenidos en las gestantes adolescentes de la Comunidad Valenciana.*

RESUMEN

Objetivo: Estudiar los resultados perinatales en las gestantes adolescentes de la Comunidad Valenciana.

Material y métodos: Estudio epidemiológico descriptivo de los 104 embarazos en 98 gestantes adolescentes que ocurrieron en un período de 5 años (entre junio de 1995 y mayo de 2000) en la comarca de la Marina Alta, en la provincia de Alicante, de la Comunidad Valenciana. Estudiamos la vía del parto, la edad gestacional, el sexo, el peso, la talla, el perímetro cefálico, el índice de Apgar y el tipo de lactancia utilizada.

Resultados: Se produjeron 89 partos por vía vaginal (85,57%) y se practicaron 15 cesáreas (14,42%). La edad gestacional media fue de $39,8 \pm 1,8$ semanas. Un total de 50 partos fueron varones (48,07%) y 54 mujeres (51,93%). El peso medio fue de $3.210,4 \pm 438,6$ g; la talla media fue de $49,1 \pm$

2 cm, y el perímetro encefálico medio fue de $34,3 \pm 1,4$ cm. La valoración del test de Apgar en el primer minuto fue de 8-10 puntos y a los 5 min de 10. El tipo de lactancia utilizado fue en 85 pacientes (81,73%) materna y en 19 (18,27%) artificial.

Conclusiones: La cesárea se practica en casos excepcionales y en menor proporción a los estudios revisados. El porcentaje de recién nacidos de bajo peso es muy inferior, y la vitalidad de los recién nacidos de nuestra comunidad es mayor a la referenciada en otras poblaciones. La lactancia materna es utilizada por las gestantes adolescentes en un porcentaje similar a la población general.

PALABRAS CLAVE

Gestante adolescente. Resultados perinatales.
Lactancia materna.

54 SUMMARY

Objective: To study the perinatal results obtained in pregnant teenage girls in the Autonomous Community of Valencia.

Material and methods: We performed a descriptive epidemiological study of 194 pregnancies in 98 teenage girls within a 5-year period (between June 1995 and May 2000) in the Marina Alta region of the province of Alicante in the Autonomous Community of Valencia.

We studied delivery route, gestational age, sex, weight, height, head circumference, Apgar score and the type of feeding used.

Results: There were 89 vaginal deliveries (85.57%) and 15 cesarean sections (14.42 %). The mean gestational age was 39.8 ± 1.8 weeks. Fifty neonates were male (48.07%) and 54 were female (51.93%). Mean weight was 3210.4 ± 438.6 g, mean height was 49.1 ± 2 cm and mean head circumference was 34.3 ± 1.4 cm. Apgar score at 1 minute was 8-10 points and at 5 minutes was 10 points. Eighty-five neonates (81.73) were breast fed and 19 (18.27%) were bottle fed.

Conclusions: Cesarean section was performed in exceptional cases and the frequency was lower than that reported in other studies. The percentage of low birth weight neonates was much lower and the vitality of neonates was higher in our geographical area than in other populations. The percentage of breast feeding among teenage mothers was similar to that in the general population.

KEY WORDS

Pregnant teenager. Perinatal results. Breast feeding.

INTRODUCCIÓN

La adolescencia, definida como un período de transición entre la infancia y la edad adulta, es un período crítico. Muchos autores delimitan esta etapa

de una forma imprecisa¹ (Lete I. Problemática del embarazo en adolescente. Ponencia del II Congreso Nacional de la Sociedad Española de Contracepción. Madrid, 1993), y la Organización Mundial de la Salud (OMS) la define como la etapa comprendida entre los 10 y los 19 años².

La información relativa a la frecuencia de partos vaginales y cesáreas en la población de adolescentes embarazadas es contradictoria. Algunas publicaciones, como Ventura y Curtin en Estados Unidos³ o la American Academy of Pediatrics⁴, afirman que la cesárea se practica con mayor frecuencia en las pacientes adolescentes, debido a una inmadurez biológica y a un menor control médico durante el embarazo. En otros trabajos, en cambio, como los realizados por Connolly et al, en el Hospital Rotunda de Dublin⁵ o el publicado por Harvers y Hoffman⁶, se llega a la conclusión de que la frecuencia de partos vaginales y cesáreas es muy similar en embarazadas adultas y adolescentes; por otro lado Creatsas et al⁷ concluyen que la cesárea se practica con mayor frecuencia en la población adulta.

En muchos artículos^{3,4,8-10} se afirma que el embarazo en la adolescencia es un factor de riesgo relacionado con la prematuridad; así la American Academy of Pediatrics¹¹ y el Servicio de Obstetricia del Hospital Ciudad de Jaén¹² exponen que la complicación más frecuente de las mujeres adolescentes es el parto prematuro, y es más frecuente que en las mujeres adultas. Sin embargo, en otro estudio realizado por Torres et al en la ciudad de México¹³ se llegó a la conclusión de que las complicaciones obstétricas y los resultados perinatales no fueron diferentes de los encontrados en otros grupos de edad, con excepción del grupo de pacientes menores de 15 años, en el que la edad constituía un factor de riesgo importante.

Respecto a la mortalidad materna, Harvers y Hoffman⁶ afirman que es dos veces superior en la gestante adolescente, y la incidencia de muerte perinatal se multiplica casi por tres respecto a las embarazadas adultas.

Además, muchos autores afirman que la tasa de recién nacidos de bajo peso en mujeres embarazadas adolescentes es mayor que la que se produce en mujeres adultas^{4,8,10,14-16}, como se concluye en los estudios de Cornelius et al⁸ así como en el artículo publicado por Roth et al¹⁶. Según Creatsas et al⁷, la prevalencia de nacidos de bajo peso es indepen-

diente de la edad materna, y está más relacionada con otros factores que actúan como elementos de confusión de la edad adolescente.

Respecto a la puntuación de Apgar, algunos estudios revisados concluyen que las puntuaciones de los recién nacidos de madres adolescentes son inferiores a las puntuaciones de hijos de madres adultas^{5,17}.

El objetivo del presente trabajo es realizar un estudio observacional descriptivo y un análisis epidemiológico de los resultados perinatales de las gestantes adolescentes de la Comunidad Valenciana, que permita generar hipótesis para estudios posteriores en nuestro medio.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se ha llevado a cabo un estudio epidemiológico descriptivo de todas las pacientes adolescentes atendidas durante el parto en el Servicio de Obstetricia del Hospital General Marina Alta de Dénia (Alicante), perteneciente al nivel secundario de la red pública de hospitales de la Consellería de Sanidad de la Comunidad Valenciana, en un período de 5 años (entre junio de 1995 y mayo de 2000), ambos inclusive. En estos últimos 5 años en este hospital se atendió a un total de 3.970 partos, de los cuales 104 fueron partos en adolescentes (el 2,6% del total).

La edad media ponderada de las pacientes fue de 18 ± 1 años (rango, 14-19), con sólo 2 pacientes de menos de 16 años de edad. La mayor parte de las pacientes (80 [77%]) eran primigestas y en 24 casos (23%) se trataba de una segunda gestación.

Estudiamos la vía del parto: parto vaginal espontáneo, de nalgas o instrumental, o parto por cesárea. La edad gestacional del recién nacido en el momento del parto, especificada en semanas, normalmente fue calculada ecográficamente durante el control de la gestación, aunque en los casos en que no se llevó control de la gestación, ésta se calculó en el momento del parto.

Se determinaron el sexo, el peso en gramos calculado al nacer (considerando que el peso normal se situaba entre 2.500 y 4.000 g), la talla en centímetros, medida desde el vértice cefálico al talón (la talla media normal es de 50 cm y oscila entre 46 y 52 cm), el perímetro cefálico (occipitofrontal), calculado en centímetros (el valor normal se sitúa entre

Tabla 1	Número de nacimientos según la vía del parto
Vía vaginal	89
Espontáneo	79
Instrumental	10
Ventosa	5
Fórceps	4
Espátulas	1
Cesárea	15
SFA	7
No progresión	3
Inducción	3
Desproporción cefalopélvica	1
Electiva	1

SFA: sufrimiento fetal agudo.

34 y 35 cm), el índice de Apgar, que se calcula en el momento del nacimiento y que valora la necesidad o no de efectuar maniobras de reanimación al recién nacido, y el tipo de lactancia utilizada en el alta hospitalaria, materna o artificial.

RESULTADOS

Analizando la vía de los partos se objetivó que la mayoría se produjeron por vía vaginal: 89 (85,6%). De éstos 10 fueron instrumentales (11,24%): cinco con ventosa, cuatro con fórceps y uno con espátulas. El resto fueron partos espontáneos: 79 (88,76%). Entre ellos hubo siete durante los cuales se produjo desgarro perineal: seis de ellos de primer grado y uno de segundo.

Se practicaron 15 cesáreas (14,42%), que clasificamos según el motivo de su elección: en la mayoría de los casos (7 [43,7%]) la causa fue sufrimiento fetal agudo (circular de cordón y bradicardia en la monitorización fetal); en uno, desproporción cefalopélvica; en tres, no progresión de la dilatación; en tres, inducción del parto fallida, y en uno, cesárea electiva por tratarse de un parto de nalgas en una gestante primigesta (tabla 1).

La edad gestacional media de todos los partos ha sido de $39,8 \pm 1,8$ semanas. La gran mayoría (95 [91,4%]) nacieron a término. En 5 casos (4,8 %) fueron partos de recién nacidos pretérmino, siendo el de menor edad de 33 semanas, que fue precisamente el único de entre los recién nacidos pretér-

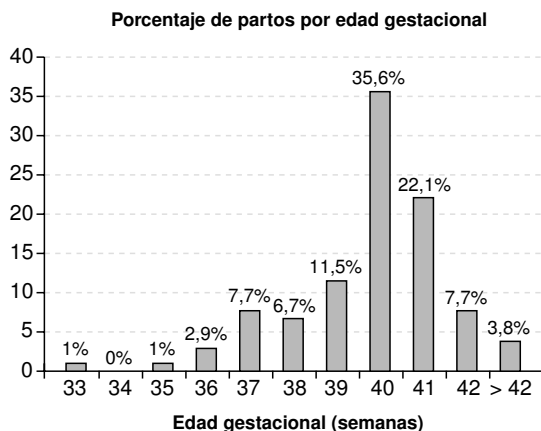


Figura 1. Porcentaje de nacimientos según la edad gestacional en el Hospital General Marina Alta. Dénia. Alicante.

mino y de todo el estudio que tuvo que ser trasladado a la unidad de cuidados neonatales. Otros cuatro partos (3,8%) fueron de recién nacidos postérmino (fig. 1).

Respecto al sexo, 50 partos fueron varones (48%) y 54 mujeres (52%).

El peso de la mayoría de los recién nacidos fue normal. El peso medio fue de $3.210,4 \pm 438,6$ g. La talla media fue de $49,1 \pm 2$ cm. El perímetro encefálico fue de $34,3 \pm 1,4$ cm. La valoración del test Apgar fue satisfactoria en todos los casos, y la puntuación en el primer minuto fue de 8-10 puntos y a los 5 min de 10, con la excepción de un caso, que sólo alcanzó 4 y 8 puntos al minuto y a los 5 min, respectivamente, pero que se normalizó hasta 10 puntos en la valoración a los 10 min de vida. Únicamente en 3 recién nacidos (2,88%) fue necesaria la administración de oxígeno, y no fueron necesarias maniobras más invasoras en ningún caso. En el resto (101 [97,12%]) únicamente se llevó a cabo la aspiración de secreciones. El destino del recién nacido en todos los casos fue la madre, a excepción de 2 casos: uno de ellos ingresó en neonatos por tratarse de un nacimiento pretérmino de 33 semanas de edad gestacional, en una paciente de 19 años en el curso de su segunda gestación; en el segundo caso se trasladó al recién nacido al Hospital General de Alicante con la sospecha de una enterocolitis necrosante; también se trataba de una segunda gestación, en un parto a término.

En cuanto a la valoración del tipo de lactancia, en el momento en que la madre y el recién nacido

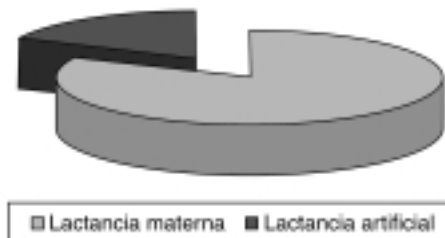


Figura 2. Tipo de lactancia utilizado por la madre en el momento del alta hospitalaria en el Hospital General Marina Alta. Dénia. Alicante.

fueron dados de alta en el hospital, un 81,73% (85 pacientes) lo hizo con lactancia materna y un 18,27% (19 pacientes) alimentó al recién nacido con lactancia artificial (fig. 2).

DISCUSIÓN

La información relativa a la frecuencia de partos vaginales y cesáreas en la población de adolescentes embarazadas es contradictoria. En nuestro estudio hasta el 75% de los partos fueron espontáneos y cerca de un 10%, instrumentales, lo que suma un total de un 85% de partos por vía vaginal. En el resto (15%) se practicó cesárea. Estos porcentajes son equiparables a las cifras halladas en el estudio realizado en el Hospital Rotunda de Dublín por Connolly et al⁵, en el que se observó un 10% de cesáreas y un 90% de partos por vía vaginal, con porcentajes de espontáneos e instrumentales del 80% y el 10%, respectivamente.

En algunas publicaciones se afirma que la cesárea se practica con mayor frecuencia en las pacientes adolescentes que en las adultas, debido a una inmadurez biológica y a un menor control médico durante el embarazo de las adolescentes^{3,4}. Incluso un trabajo realizado por el Departamento de Obstetricia y Ginecología de la Universidad de Atenas, por Creatsas et al⁷, concluye que la cesárea se practica con mayor frecuencia en la población adulta.

Cerca de un 5% de los partos fueron pretérmino, lejos del porcentaje encontrado en muchos artículos, donde es muy superior, y donde se afirma que el embarazo en la adolescencia es un factor de riesgo relacionado con la prematuridad^{3,4,8-10}. Así, el porcentaje de recién nacidos pretérmino hallado por Cornelius et al⁷ es del 12% y el que encontró la

American Academy of Pediatrics⁴, de un 15 frente a un 6% de los nacidos de madres adultas. El porcentaje de nacidos pretérmino en nuestra población es incluso inferior al obtenido de madres adultas.

Coincidimos con Torres et al¹³ en afirmar que las complicaciones obstétricas y los resultados perinatales no son diferentes de los encontrados en otros grupos de edad, con excepción del grupo de pacientes menores de 15 años, en el que la edad constituye un factor de riesgo importante.

En nuestro estudio no hubo ningún caso de muerte perinatal ni materna. En los estudios revisados, como el de Harvers y Hoffman⁶ y el de la American Academy of Pediatrics⁴, se afirma que la mortalidad materna es dos veces superior y la incidencia de muerte perinatal se multiplica casi por tres respecto a las embarazadas adultas.

El porcentaje de varones y mujeres entre nuestros recién nacidos es equiparable al porcentaje de otros estudios⁹.

Son muchos los autores que afirman que la tasa de recién nacidos de bajo peso en mujeres embarazadas adolescentes es mayor a la de mujeres adultas^{4,8,10,14-16}.

Sin embargo, hemos revisado otros estudios en los que se analizan posibles factores de confusión de la edad adolescente como factores socioculturales y se afirma que la edad por sí sola no explica las altas tasas de nacidos de bajo peso y especulan sobre algunos posibles factores asociados con la edad materna^{6,7}.

En nuestro estudio menos de un 3% de los recién nacidos tenían un peso menor al límite inferior de la normalidad, siendo por tanto muy inferior a los porcentajes hallados en los estudios revisados, donde los porcentajes de nacidos de bajo peso en adolescentes llegaba a ser hasta del 30% en alguna de las poblaciones de mujeres¹⁵. En otros estudios, como los realizados por Cornelius et al⁸ y por Roth et al¹⁶, el porcentaje de recién nacidos con bajo peso se situaba alrededor del 10%, y Connolly et al⁵ y la American Academy of Pediatrics⁴ obtienen cifras entre el 5 y el 15%.

Hasta en el 98% de las ocasiones el destino del recién nacido fue con la madre; este dato refleja la baja incidencia de complicaciones del parto y el bie-

nestar del recién nacido, así como la normalidad de las características antropométricas del niño tras la valoración en el paritorio en la casi totalidad de los partos.

Más del 80% de las pacientes adolescentes habían optado por la lactancia materna a la hora de alimentar a sus hijos en el momento en que abandonaron el hospital. Este dato, a pesar de que no es tenido en cuenta en los estudios revisados^{4,5,14,19}, debe considerarse como derivado de una actitud que habla sobre el carácter general y la preocupación de la madre hacia su hijo recién nacido. A pesar de que en esta zona el nivel económico es muy bueno y, por tanto, las madres se podrían permitir comprar leche preparada, éstas optan por la lactancia materna. Contrariamente a las características que habitualmente se relacionan con la edad adolescente de falta de preocupación y desconocimiento de los beneficios de una posible lactancia materna sobre la artificial, en nuestro caso la mayoría de las adolescentes se deciden por la primera.

En algunos estudios revisados en los que se ha incluido la puntuación de Apgar se afirma que las puntuaciones en la valoración de los recién nacidos de madres adolescentes son inferiores a las halladas en hijos de madres adultas^{6,18}. En nuestra muestra de recién nacidos de adolescentes, las valoraciones han sido prácticamente todas satisfactorias. Ninguno de nuestros recién nacidos obtuvo una puntuación de Apgar inferior a 3 puntos, en comparación con el 3% que se obtuvo en un estudio realizado por el Departamento de Obstetricia y Ginecología del Hospital Rotunda de Dublín⁵.

CONCLUSIONES

La cesárea se practica en casos excepcionales y en menor proporción que los estudios revisados. El porcentaje de recién nacidos de bajo peso es muy inferior, y la vitalidad de los recién nacidos de nuestra comunidad es mayor a la referida en otras poblaciones. La lactancia materna es utilizada por las gestantes adolescentes en un porcentaje similar a la población general.

BIBLIOGRAFÍA

1. Fernández C, Burgos A, Sánchez E. El riesgo del embarazo en la adolescencia. *Atenc Primaria* 1992;9:90-8.
2. Villanueva LA, Pérez MM, Martínez H, García E. Características obstétricas del embarazo en la adolescencia. *Ginecol Obstet Mex* 1999;67:356-60.
3. Ventura SJ, Curtin SC. Recent trends in teen births in the United States. *Stat Bull Metrop Insur Co* 1999;80:2-12.
4. American Academy of Pediatrics, Committee on Adolescence. Adolescent pregnancy. Current trends and issues: 1998. *Pediatrics* 1999;103:516-20.
5. Connolly G, Kennelly S, Conroy R, Byrne P. Teenage pregnancy in the Rotunda Hospital. *Ir Med J* 1998;91:209-12.
6. Harvers PL, Hoffman GM. Adolescent pregnancy. *Lancet* 1989;2:1308-9.
7. Creatsas G, Goumalatsos N, Deligeoroglou E, Karagitsou T, Calpaktoglou C, Arefetz N. Teenage pregnancy: comparison with two groups of older pregnant women. *J Adolesc Health* 1991;12:77-81.
8. Cornelius MD, Goldsmith L, Taylor PM, Day NL. Prenatal alcohol use among teenagers: effects on neonatal outcomes. *Alcohol Clin Exp Res* 1999;23:1238-44.
9. Innes KE, Marshall JA, Byers TE, Calonge N. A woman's own birth and gestational age predict her later risk of developing preeclampsia, a precursor of chronic disease. *Epidemiology* 1999;10:153-60.
10. Fernández Parra J, García Carriazo M, Gómez Arias J. Embarazo y parto en adolescentes. *Aten Primaria* 1994;13:437-40.
11. Simms M, Smith C. Teenage mothers and their partners. Research report n 15. London: HM Stationery Office, 1986.
12. Roth J, Hendrickson J, Schilling M, Stowell DW. The risk of teen mothers having low birth weight babies: implications of recent medical research for school health personnel. *J Sch Health* 1998;68:271-5.
13. Torres A, Coria KI, Zambrana MM, Lara R. Decisiones obstétricas relativas al adolescente vs adulto. *Ginecol Obstet Mex* 1999;67:377-84.
14. Lesser J, Escoto-Lloyd S. Health-related problems in a vulnerable population: pregnant teens and adolescent mothers. *Nurs Clin North Am* 1999;34:289-99.
15. General Hospital, Anuradhapura, Sri Lanka. Adolescent pregnancies - Is the outcome different? *Ceylon Med J* 1997;42:16-7.
16. Roth J, Hendrickson J, Schilling M, Stowell DW. The risk of teen mothers having low birth weight babies: implications of recent medical research for school health personnel. *J Sch Health* 1998;68:271-5.
17. Santelli JS, DiClemente RJ, Miller KS, Kirby D. Sexually transmitted diseases, unintended pregnancy, and adolescent health promotion. *Adolesc Med* 1999;10:87-108.
18. Day N. Research on the effects of prenatal alcohol exposure. A new direction. *Am J Public Health* 1995;85:1614-5.
19. Davidson NW, Felice MW. Adolescent pregnancy. In: Friedman SB, Fisher M, Schonberg SK, editors. *Comprehensive adolescent health care*. St. Louis: Quality Medical Publishing, 1992; p. 1026-40.