

Complicaciones Perinatales y Vía de Parto en Recién Nacidos de Madres Adolescentes Tempranas y Tardías, 1995-1997

JORGE YU-TANG

Departamento de Ginecología y Obstetricia. Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión - Callao.

RESUMEN

OBJETIVOS: Conocer las complicaciones perinatales y la vía de terminación de parto en adolescentes tempranas y tardías. **MATERIALES Y MÉTODOS:** Estudio analítico, observacional, comparativo entre adolescentes tempranas y tardías en relación con el tipo de parto y las complicaciones perinatales en el Hospital Nacional Daniel A. Carrión entre enero de 1995 y diciembre 1997. **RESULTADOS:** El 18,6% de partos en el periodo de estudio correspondieron a adolescentes; el 21% fueron distócicos, con más frecuencia entre adolescentes tempranas ($p < 0,05$). Los recién nacidos de bajo peso y con complicaciones perinatales fueron también más frecuentes entre adolescentes tempranas ($p < 0,05$). **CONCLUSIÓN:** Las adolescentes tempranas tienen mayor probabilidad de presentar parto distócico, cesárea, parto pretérmino, y sus productos bajo peso al nacer, depresión neonatal y complicaciones perinatales.

Palabras claves: Complicaciones del Trabajo de Parto; Embarazo en adolescencia; Recién Nacidos; Traumatismos del Nacimiento.

PERINATAL COMPLICATIONS AND DELIVERY ROUTE IN NEWBORNS FROM EARLY AND LATE TEENAGE MOTHERS, 1995-1997

SUMMARY

OBJECTIVES: To know the perinatal complications and delivery route in newborns from early and late teenage mothers. **MATERIAL AND METHODS:** Analytic, observational and comparative trial between early and late teenagers respect to delivery route and perinatal complications in the Hospital Nacional Daniel A. Carrión, between January 1995 to December 1997. **RESULTS:** 18,6% of deliveries were in teenagers; 21% were dystocic ones, more frequent in early teenagers ($p < 0,05$). Low birth weight newborns and those with perinatal complications were also frequent in this group ($p < 0,05$). **CONCLUSION:** Early teenagers had higher risk to present maternal and perinatal complications than late ones.

Key words: Labor complications; Pregnancy in Adolescence; Infant Newborn; Birth Injuries.

INTRODUCCIÓN

Existe una edad de mayor capacidad biológica para el embarazo, que se ha definido entre los 18 y 35 años. La adolescencia, en términos cronológicos, representa la etapa que transcurre desde los 11 hasta antes de los

19 años, edad en que supuestamente todos los individuos deben llegar al estado adulto⁽¹⁾.

La vida sexual en los jóvenes empieza cada vez más temprano como resultado de la liberación sexual advertida en muchos países del mundo. Uno de los efectos de esta precocidad en la vida sexual es el embarazo en la adolescencia. Son numerosos los estudios que refieren que el embarazo en la adolescencia conduce a una serie de problemas, tanto para la madre como para el producto⁽²⁻⁶⁾. Se observa una mayor incidencia de parto pretérmino⁽⁷⁻¹⁰⁾, recién nacidos de bajo peso⁽⁷⁻¹¹⁾, depresión respiratoria⁽¹²⁾ y complicaciones perinatales⁽²⁻⁶⁾.

Correspondencia:

*Dr. Jorge Luis Yu Tang Morales
Departamento de Ginecología y Obstetricia
Hospital San José -Callao
Av Elmer Faucett s/n. Callao, Perú
E-mail: bibmed@sanfer.unmsm.edu.pe*

En el Perú existen diferencias en la vía de terminación de parto observada entre madres adolescentes, para unos la incidencia de cesárea es menor ⁽⁷⁻¹⁰⁾ y otros afirman que existe diferencia significativa en la incidencia de parto vaginal ^(2,9,13-15). Algunos investigadores consideran que la incidencia de parto instrumentado es mayor ^(13,16). Sin embargo, existen estudios que ponen en duda o simplemente argumentan que el embarazo en la adolescencia no constituye un riesgo ⁽¹⁷⁾.

El propósito del presente estudio es conocer las complicaciones perinatales del recién nacido y la vía de terminación del parto, comparando la evolución obstétrica y perinatal en adolescentes tempranas y tardías.

MATERIALES Y MÉTODOS

El grupo de estudio comprende todos los partos en adolescentes ocurridos en el período de enero 1995 a diciembre 1997, en el Departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión del Callao.

Se clasificó a las gestantes adolescentes según la clasificación establecida por Monroy de Velasco y col. en adolescentes tempranas (entre los 11 y 15 años) y adolescentes tardías (entre 16 y 19 años). Los dos grupos fueron comparados en relación con la vía de parto y los resultados perinatales; para la valoración de estos últimos se consideró la edad gestacional, peso al nacer, valoración de Apgar y complicaciones en general.

Se realizó un análisis estadístico descriptivo basado en el cálculo de frecuencias y porcentajes; asimismo, para estudiar la probabilidad comparativa de aparición de eventos entre gestantes tempranas y tardías, se calculó el odd ratio ajustado a un intervalo de confianza del 95%. Para valorar la significación estadística, se utilizó la prueba de chi cuadrado (χ^2) con corrección de Yates. Se consideró significación estadística para niveles de $p < 0,05$.

RESULTADOS

Características Generales de las Gestantes

Durante el período de estudio hubo 14,701 partos, de los cuales 2732 (18,6%) correspondieron a gestantes adolescentes. Las adolescentes tempranas constituyeron un 7,7% ($n = 209$) y las adolescentes tardías un

92,3% ($n = 2523$). Con respecto de la paridad, el 87,7% de todas las adolescentes fueron nulíparas, siendo entre las adolescentes tempranas 204/209 (97,6%) y entre las adolescentes tardías 2192/2523 (86,9%); mientras que el 12,3% del total de adolescentes fueron multíparas, de las cuales 5/209 (2,4%) fueron adolescentes tempranas y 331/2523 (13,1%) adolescentes tardías.

Vía de Terminación del Embarazo

Se encontró que de la totalidad de partos en adolescentes, 2159 (79,0%) fueron eutócicos y 573 (21,0%) distócicos. Al comparar el grupo de adolescentes tempranas y tardías se halló 59 partos distócicos para el primer grupo y 514 para el segundo ($p < 0,01$).

El número de cesáreas en adolescentes fue 515 (18,9% del total de adolescentes), siendo 52 (24,9%) adolescentes tempranas y 463 (18,3%) adolescentes tardías ($p < 0,05$).

En relación con los partos instrumentados, se tuvo 1 (0,5%) en adolescentes tempranas y 18 (0,8%) en adolescentes tardías, imposibilitando el análisis.

Indicaciones de Cesárea

Las principales causas que fueron motivo de indicación de cesárea fueron la desproporción cefalopélvica, sufrimiento fetal agudo, inminencia de eclampsia-eclampsia, mala presentación y cesárea previa, tal como se consigna en la Tabla N° 1.

Tabla N° 1.- Indicaciones de cesárea en gestantes adolescentes. HNDAC 1995 - 1997.

Indicaciones de cesárea	Adolesc. Temprana		Adolesc. Tardía	
	n	%	n	%
Desproporción cefalopélvica	21	40,4	68	14,7
Sufrimiento fetal agudo	12	23,1	147	31,7
Inminencia eclampsia - eclampsia	7	13,5	41	8,9
Mala presentación	4	7,7	91	19,7
Cesárea previa	3	5,8	28	6,0
Hemorragia tercer trimestre	1	1,9	27	5,8
Embarazo múltiple	1	1,9	8	1,7
Embarazo prolongado	1	1,9	5	1,3
Trabajo de parto disfuncional	1	1,9	5	1,1
Otros	1	1,9	42	9,1

Características de los Recién Nacidos

En el grupo de adolescentes tempranas, se tuvo 108 recién nacidos de sexo femenino (51,7%) y 101 de sexo masculino (48,3%), mientras que en las adolescentes tardías 1241 recién nacidos (49,2%) fueron de sexo femenino y 1282 (50,8%) de sexo masculino.

La incidencia de parto entre las 28 a 36 semanas (<36 semanas) fue 12,4% en adolescentes tempranas y 9,0% en adolescentes tardías, no hallándose diferencias estadísticamente significativas al comparar los partos a una edad gestacional mayor o igual a 37 semanas (Tabla Nº 2).

Tabla Nº 2.- Edad gestacional de recién nacidos de gestantes adolescentes. HNDAC 1995 - 1997.

Edad gestacional	Adolesc. Temprana		Adolesc. Tardía	
	n	%	n	%
28 - 36 Sem.*	26	12,4	226	9,0
37 - 41 Sem.	177	84,7	2151	85,2
> 42 Sem.	5	2,4	109	4,3
Sin dato	1	0,5	37	1,5

* OR = 1,44 $x^2 = 2,4$ $p = 0,1217001$

En relación con el peso del producto, las adolescentes tempranas tuvieron un 12,4% de recién nacidos con menos de 2500 gr, mientras las adolescentes tardías tuvieron un 8,1%, hallándose un OR de 1,62 y $p < 0,05$ (Tabla Nº 3).

En relación con el Apgar, las adolescentes tempranas tuvieron recién nacidos con puntuación menor de 7 en 14,8%, mientras que las adolescentes tardías en 11,9%, hallándose un OR de 1,28 y un p no significativo.

Las complicaciones perinatales en recién nacidos de adolescentes tempranas representaron un 20,6% y en adolescentes tardías el 14,3% con un valor de $p < 0,05$ (Tabla Nº 4).

El síndrome de distress respiratorio fue la patología más frecuente, tanto para los productos de adolescentes tempranas (16,3%), como para los de adolescentes tardías (14,1%). En los productos de adolescentes tempranas, la ictericia neonatal también tuvo un 16,3%.

Tabla Nº 3.- Peso al nacer en recién nacido de gestantes adolescentes. HNDAC 1995 - 1997.

Peso al nacer	Adolesc. Temprana		Adolesc. Tardía	
	n	%	n	%
< 2500 gr *	26	12,4	204	8,1
2500 - 2999 gr	47	22,5	658	26,1
3000 - 3499 gr	88	42,1	1084	43,0
3500 - 3999 gr	37	17,7	511	20,2
> 4000 gr	11	5,3	46	1,8
Sin dato	-	-	20	0,8

* OR = 1,62 $x^2 = 4,2$ $p = 0,0404472$

En los productos de adolescentes tempranas, la sepsis neonatal, al igual que los trastornos metabólicos representaron un 11,6% de las complicaciones; también se encontró depresión neonatal (4,7%), problemas infecciosos (2,3%), malformaciones congénitas (2,3%), retardo de crecimiento intrauterino (2,3%) y otros.

En los productos de adolescentes tardías la segunda complicación más frecuente fue la sepsis neonatal (11,4%), seguida de ictericia neonatal (10,2%), trastornos metabólicos (7,2%), problemas infecciosos (7,2%), depresión neonatal (6,4%), sífilis (3,9%), malformaciones congénitas (2,8%), prematuridad (2,8%), y otras.

DISCUSIÓN

El inicio precoz de la vida sexual en los jóvenes se traduce en un aumento en la incidencia de embarazos a esta edad a nivel nacional, que varía entre el 10 y el 25% (^{1,11}).

En el presente trabajo realizado en el Departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, se encontró que el 18,6% de las gestantes atendidas en el período de estudio fueron adolescentes, a diferencia de otros estudios nacionales que describen un 15% (^{1,11}). El grupo de adolescentes tardías es superior al de adolescentes tempranas (92,3% y 7,7% respectivamente), sin embargo este último grupo es superior al hallado en otros estudios (¹).

En relación con la paridad, el 87,7% fueron nulíparas, de los cuales 97,6% corresponden a adolescentes tempranas y 86,9% a tardías. Sin embargo el menor nivel educacional, la menor edad y la falta de información sobre métodos anticonceptivos, pueden

Tabla Nº 4.- Complicaciones perinatales en recién nacidos de gestantes adolescentes. H.N.D.A.C. 1995 - 1997.

	Adolesc. Temprana		Adolesc. Tardía	
	n	%	n	%
No complicaciones	166	79,4	2162	85,7
Complicaciones *	43	20,6	361	14,3
Sd. distress respiratorio	7	16,3	51	14,1
Ictericia neonatal	7	16,3	37	10,2
Sepsis neonatal	5	11,6	41	11,4
Trastornos metabólicos	5	11,6	26	7,2
Depresión neonatal	2	4,7	23	6,4
Problemas infecciosos	1	2,3	26	7,2
Bajo peso	1	2,3	16	4,4
Malformaciones congénitas	1	2,3	10	2,8
R.C.I.U.	1	2,3	4	1,1
Taquipnea transitoria	1	2,3	1	0,3
Sífilis	-	-	14	3,9
Prematuridad	-	-	10	2,8
Anemia	-	-	9	2,5
Enfermedad hipóxica isquémica	-	-	5	1,4
Trauma obstétrico	-	-	5	1,4
Hemorragia interna	-	-	4	1,1
S.A.L.A.M.	-	-	2	0,5
Otras causas	2	4,7	12	3,3
Sin diagnóstico	10	23,0	65	18,0

* $OR = 1,55$ $\chi^2 = 5,53$ $p = 0,0187294$

conducir a una rápida sucesión de los siguientes hijos en períodos internatales cortos, lo que incrementa la frecuencia de multiparidad (^{1,18,19}).

A diferencia de lo que ocurre en añosas, donde la frecuencia de cesárea es elevada (^{20,21}), en primigestas adolescentes no parece aumentar la frecuencia de partos abdominales como se demuestran en diversas publicaciones nacionales (^{21,22}) y extranjeras (²³⁻²⁵); lo cual es corroborado en el presente trabajo donde se encuentra que de la totalidad de adolescentes, un 79% tuvo parto eutócico y 21% distócico. Al comparar adolescentes tempranas y tardías, se tuvo 28,2% partos distócicos para el primer grupo y 20,4% para el segundo, con un $p < 0,01$. Esta diferencia significativa a favor del primer grupo, se explicaría por la inmadurez estructural (^{11,26,27}).

La incidencia de cesárea en adolescentes fue 18,8%, cifra similar a la observada en otros estudios que refieren que varía entre 14 y 24% (¹¹), pero al comparar ado-

lescentes tempranas y tardías, existe una diferencia significativa ($p < 0,05$) a favor de los primeros.

La principal indicación de la cesárea en las adolescentes tempranas fue la desproporción cefalopélvica (40,4%), mientras que en las adolescentes tardías el fue el sufrimiento fetal agudo (31,7%).

El desarrollo lento de la pelvis ósea en los tres primeros años post menarquía, explica la principal indicación de la cesárea en el primer grupo (²⁷).

Para algunos investigadores, la incidencia de parto instrumentado es mayor (^{13,16,28}), sin embargo en el presente estudio se tuvo 0,5% en adolescentes tempranas y 0,8% en tardías, no hallándose diferencias significativas. Cabe mencionar que el presente trabajo se realizó en un Hospital donde la instrumentación del parto no es muy frecuente, por lo que no se podría evaluar bien esta variable.

Entre los recién nacidos se halló que en adolescentes tempranas predomina el sexo femenino (51,7%), mientras que en adolescentes tardías el sexo masculino (50,8%).

Entre las madres adolescentes hay una mayor incidencia de parto pretérmino (⁷⁻¹⁰). Hediger (³⁰) concluye que la adolescencia temprana tiene un riesgo incrementado de cerca del 75% de parto pretérmino, atribuible a inmadurez biológica (^{9,15,29-31}). Duplessis refiere que la edad materna de 10-13 años conlleva una propensión 3-4 veces mayor de tener partos a pretérmino (^{4,29}), sin embargo en el presente estudio no se halló diferencia significativa entre el grupo de adolescentes tempranas y tardías.

Existe también un incremento en la incidencia de recién nacidos de bajo peso al nacer (⁷⁻¹¹), lo que se corroboró en el presente trabajo, hallándose significación estadística en el mayor número de recién nacidos con peso menor de 2500 gr en las gestantes adolescentes tempranas ($p < 0,05$).

El bajo peso al nacer y el parto pretérmino no sólo están relacionados con la edad, sino que además cuentan otros factores como el hábito de fumar, beber, adecuada ganancia de peso durante la gestación, condición socioeconómica y un control prenatal adecuado (¹⁸).

No se halló diferencia significativa en la depresión respiratoria del recién nacido (Apgar 1-7), lo que coincide con otros estudios (^{1,32}).

Las complicaciones perinatales en recién nacidos de adolescentes tempranas representan 20,6% y en ado-

lescentes tardías 14,3%, diferencia que es significativa ($p=0,0187294$). Entre las adolescentes tempranas, las complicaciones más importantes fueron síndrome de distress respiratorio e ictericia neonatal.

El análisis de la razón de probabilidad, muestra que las gestantes adolescentes tempranas tienen una mayor probabilidad de presentar parto distócico, cesárea, parto pretérmino, tener recién nacidos de bajo peso, depresión respiratoria y complicaciones perinatales en comparación con las tardías; lo que confirma que la edad materna constituye un factor de riesgo para ello.

CONCLUSIONES

- El 18,6% de partos correspondió a gestantes adolescentes, a predominio de adolescentes tardías.
- Las adolescentes tempranas tienen mayor probabilidad de presentar parto distócico, cesárea, parto pretérmino, y sus productos bajo peso al nacer, depresión neonatal y complicaciones perinatales.
- Se halló significación estadística en la incidencia de recién nacidos de bajo peso y complicaciones perinatales en los productos de las gestantes adolescentes tempranas.
- La adolescencia, sobre todo la adolescencia temprana, constituye un gran riesgo para el resultado perinatal.

BIBLIOGRAFÍA

- 1) **Gonzales G.** La adolescencia en el Perú. Instituto de Investigaciones de Altura. Universidad Peruana Cayetano Heredia, 1994.
- 2) **Slumko Z, Maleswski Z, Moscicki A.** Delivery in adolescence. *Ginekol Pol Aug* 1993; 64(8): 412-7.
- 3) **Cooper L G, Leland N L, Alexander G.** Effect of maternal age on birth outcomes among young adolescents. *Soc Pol* 1995 Spring-Summer; 42(1-2): 22-35.
- 4) **Duplessis H M, Bell R, Richards T.** Adolescent pregnancy: understanding the impact of age and race on outcome. *J Adolesc Health* 1997 Mar; 20(3): 187-97.
- 5) **Kaumendi V, Bhattacharyya A, Noah P.** Adolescent pregnancy in Grenada. *Ann Trop Paediatr* 1993; 13(4): 379-83.
- 6) **Mayorga G.** Recién Nacidos de madres adolescentes. *Rev Med Inst Per Seg Social* 1993; 2(4): 141-4.
- 7) **Chike Obi U.** Preterm delivery in Ilorin: multiple and teenage pregnancies as major aetiological factors. *West Afr J Med* 1993; 12(4): 228-30.
- 8) **Lao T, Ho.** The obstetric implications of teenage pregnancy. *Hum Reprod*; 12(10): 2303-5.
- 9) **Perry R, Mannino B, Hediger M, Scholl T.** Pregnancy in early adolescence: are there obstetric risk? *J Matern Fetal M* 1996; 5(6): 333-9.
- 10) **Satin A, Lereno K, Sherman M, Reedy N, Lowe T, McIntire D.** Maternal young and pregnancy outcomes: middle school versus high school age groups compared with women beyond the teen years. *Am J Obstet Gynecol* 1994; 171(1): 184-7.
- 11) **Salvador J, Maradiague E.** Gestación en adolescentes: Experiencia en el Hospital Cayetano Heredia 1992-1994.
- 12) **Ryan G M, Schneider J M.** Complicaciones obstétricas en adolescentes. *Clin Obstet Gynec* 1978; 4: 1243.
- 13) **Gallais A, Robillard P Y, Nuissier E, Cuirassier T, Janky E.** Adolescence and pregnancy in Guadeloupe 184 cases. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 1996; 25(5): 523-7.
- 14) **Nuñez José.** Frecuencia y complicaciones asociadas al parto en adolescentes en el Hospital Regional Honorio Delgado de Arequipa entre los años 1985 a 1994. Tesis de la Universidad Nacional de la Universidad Nacional San Agustín, 1995.
- 15) **Porozhanova V, Buzhinova S.** Pregnancy and labor in young girls. *Akush Ginekol Sofiia* 1994; 33(3): 5-7.
- 16) **Chiechi L, Berardisca C, Carriero C, Ceci O, Loizzi P.** Delivery in nulliparous women aged < or = 18 years. *Minerva Ginecol* 1993; 49(6): 267-9.
- 17) **Berenson AB, Wiemann CM, Mc Combs SL.** Adverse Perinatal outcomes in young adolescents *J Reprod Med* 1997; 42(9): 559-64
- 18) **Munist M, Maddaleno M.** La salud del adolescente y del joven. OPS Publicación Científica Nº 55, 1995.
- 19) **Torres J.** Adolescencia y Embarazo. *Toko Ginecol Práctica* 1997; 56 (1).
- 20) **Lombardi AB.** El parto en primíparas asexuales; evolución posterior de madres y niños. Tesis de Bachiller en Medicina Universidad Peruana Cayetano Heredia, 1986.
- 21) **Távora L.** La edad como factor de riesgo en las primerizas. *Acta Médica Peruana* 1984; 11(4): 36.
- 22) **Bachman C.** Madres Adolescentes. *Academia Peruana de Cirugía* 1966; 19(1): 61.
- 23) **Claman AD, Bell HM.** Pregnancy in the very young teen ager. *Am Obstet Gynec* 1964; 90(3): 350.
- 24) **Duarte A.** El embarazo en adolescentes es siempre de alto riesgo? *Rev Colom Obstet Gynec* 1975; 26(6): 385.
- 25) **Israel SL, Woutersz TB.** Teen age Obstetrics. *Am J Obstet Gynec* 1963; 85(5): 659.
- 26) **Dulanto E.** Características del adolescentes y estrategias de atención. *Rev Soc Chil Obstet Ginecol Infantil y de la adolescencia* 1994; 1(1): 25-30.
- 27) **Toro J, Uzcategui O.** Embarazo en la adolescencia. FLASOG. Caracas, 1996.
- 28) **Pal A, Gupta KB, Randhawa.** Adolescent pregnancy: a high risk group. *J Indian Med Assoc* 1997; 95(5): 127-8.
- 29) **Bozkaya H, Mocan H, Uscala H, Breser E, Gumustekin D.** A retrospective analysis of adolescent pregnancies. *Gynecol Obstet Invest* 1996; 42(3): 146-50.
- 30) **Hediger M, School T, Schall J, Kruege P.** Young Maternal age and preterm labor. *Ann Epidemiol* 1997; 7(6): 400-6.
- 31) **Miller HS, Lesser KB, Reed KL.** Adolescence and very low birth weight infants: a disproportionate association. *Obst Gynecol* 1996; 87(1): 83-8.
- 32) **Perez J, García S.** Primigesta adolescente. *Rev Cubana Obstet Ginec* 1997; 13(1): 45.