

- and laminaria tents. Prostaglandins, 1991; 41: 487-93.
13. Barambio S. Fertilidad y Esterilidad Humanas 2ª Edición Barcelona: Masson, 1999
 14. Carbonell J.LL. Early Abortion With 800 (g of Misoprostol by the Vaginal Route Contraception 1999; 59: 219-225
 15. Carbonell J.LL. Vaginal misoprostol for abortion at 10-13 weeks'gestation Eur J Contracept Reprod Health Care 1999; 4: 1-6
 16. Experiencia propia, datos no publicados
 17. El-Refaey H. Induction of Abortion Whith Mifepristone and oral or vaginal Misoprostol N Engl J Med 1995; 332: 983-7
 - 18 Webster D. A comparison of 600 and 200 mg mifepristone prior to second trimester abortion with the prostaglandin misoprostol Br J Obstet Gynaecol 1996; 103: 706-9
 - 19 Carbonell J.LL. Misoprostol 3, 4, or 5 Days After Methotrexate for Early Abortion Contraception 1997; 56: 169-174
 - 20 Gimeno N Cuartiella A.M. L'atenció a la dona en la interrupció legal de l'embaràs Ginecologia Catalana 1999; 1: 11-3
 - 21 Barambio S. Misoprostol alternativa o apoyo Ponencia en Sesión ordinaria de la Societat Catalana Contracepció Academia de Ciències Mediques 1998, Barcelona
 - 22 Ministerio de Sanidad y Consumo Interrupcion Voluntaria del Embarazo Datos definitivos de 1997, Madrid 1998
 - 23 Pastuszak A.L. N Engl J Med 1998; 338: 1881-85

T028

CONSECUENCIAS DEL EMBARAZO NO DESEADO

José Ramón de Miguel Sesmero.

Jefe de Servicio y Catedrático de Obstetricia y Ginecología. Universidad de Cantabria. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander.

“Si las mujeres pueden elegir el momento oportuno para ser madres es probable que tengan más hijos”.

M ASHIDA

INTRODUCCION

Según un informe de American College of Obstetricians and Gynecologists de 1996 (1) se estima que en Estados Unidos, aproximadamente el 50% de todos los embarazos no son deseados en el momento de la concepción. En este sentido, un

informe del Institute of Medicine (1995) (2), indica que la proporción de embarazos no deseados se eleva desde la década de 1980. En Japón (1999), tres cuartas partes de los embarazos no deseados no son planificados (3). En España (4), en 1987 el 80% de los embarazos de adolescentes no fueron deseados, incrementándose este porcentaje a 89.3% en 1994. Pudiera ser fácil de imaginar que el embarazo no deseado ocurre preferentemente en las madres adolescentes, sin embargo el problema afecta también a madres adultas, y sobre todo de más de 40 años. El embarazo no deseado incide preferentemente en las edades maternas que se sitúan en los extremos de la vida reproductiva. En este trabajo me referiré preferentemente a estos casos.

EMBARAZO EN MADRES ADOLESCENTES

En España, según datos de INE y de DELGADO (1998) (4), se ha observado un descenso de la tasa de embarazo en el grupo de edad comprendido entre 15-19 años, desde 1987 hasta 1994. En 1987, la tasa de embarazo era de 17.36%0 y en 1994 de 12.39%0. Sin embargo como ya se expuso antes el porcentaje de embarazo no deseado se incrementó en este periodo. Tal vez uno de los hechos más lamentables y que se derivan de los informes publicados (4), es que el 7% de estos embarazos no deseados finalizaron en aborto en 1987, ascendiendo de forma alarmante al 33.6% en 1994. Un estudio de la Sociedad Española de Contracepción (SEC) (5) indica que cada año se producen en España 32.000 embarazos no deseados entre mujeres de menos de 20 años.

Una gestación no deseada puede ser aceptada o rechazada. Si es aceptada, la madre adolescente puede presentar determinados factores socioeconómicos y culturales que empeoran su pronóstico obstétrico. Entre estos factores se citan: pobreza, inadecuada alimentación, tabaquismo, alcoholismo y otras drogas. Su inmadurez biológica conlleva indudablemente a determinados riesgos. A nivel Obstétrico diversos estudios indican una mayor incidencia de fetos de bajo peso. Existe controversia sobre los factores que explican este hecho. ¿Son los factores biológicos, es decir la edad inferior a 18 años? o por el contrario, la edad no plantea ninguna repercusión, y la mayor incidencia de fetos de bajo peso se explica por los factores socioeconómicos, culturales y de hábitos peligrosos? Hay evidencias que ambas circunstancias, edad y factores asociados, pueden condicionar estas complicaciones obstetricas. Así diversos autores (6) observan que el parto pretermino es más frecuente en el segmento de edad inferior a 15 años, hecho no observado en madres de edad superior a 16 años. En dos estudios de nuestro grupo (BARBERO y DE MIGUEL) (7) y DE MIGUEL et al (8), se confirma la mayor frecuencia de parto pretermino, en las madres adolescentes de edad inferior a 17 años, no encontrando esta complicación en gestaciones de edad superior a 17 años e inferior a 20. Una razón importante que empeora el pronóstico de la gestación es la ausente o deficiente vigilancia prenatal (BARBERO y DEMIGUEL) (7) ; GONZALEZ et al (9).

En este sentido hay que recordar que el embarazo de madre adolescente se desarrolla en un clima de difícil aceptación y normalidad (DELGADO) (4), existe la tendencia a ocultar la gestación, y a recibir insuficientes o tardíos cuidados médicos. En ocasiones no los reciben nunca. Estas razones pueden explicar la mayor tendencia a parto prematuro. Otras complicaciones incluyen la rotura prematura de membranas, las consecuencias obstétricas de la primiparidad, el abandono de la lactancia materna y del hijo (7,8)

Por otra parte, si la gestación es rechazada la mujer recurrirá al aborto como salida ante un embarazo no deseado, con las complicaciones médicas y psíquicas que la interrupción del embarazo puede condicionar (hemorragia, estrés, culpabilidad, arrepentimiento). En la Tabla I se exponen estos problemas.

REPERCUSION DEL EMBARAZO SOBRE LAS ADOLESCENTES

Tal vez los aspectos psicosociales sean más importantes y de mayor repercusión sobre la adolescencia, que los problemas obstétricos. Hace ya 20 años, KLEIN (1978) (10), en relación con el parto de la madre adolescente, indicaba que representaba la iniciación de un síndrome de fracaso personal, alteración y truncamiento de su vida. Fracaso para completar la educación, fracaso para desarrollar su propia independencia, fracaso en definitiva para elegir y perfilar su orientación humana y profesional. Probablemente las mujeres social y económicamente más favorecidas, logren superar la reciente maternidad, acudiendo a centros de planificación familiar, evitando otro embarazo en la adolescencia y consiguiendo incorporarse a los estudios pertinentes. Sin embargo para otro colectivo, la realidad es bien distinta, ya que abandonan sus estudios, pierden por lo tanto la capacidad de acceso al mundo laboral y profesional, y en definitiva de su autoestima. En otras ocasiones sus puestos de trabajo son poco gratificantes al estar peor remunerados. En definitiva su calidad de vida se sitúa en cotas inferiores a la que hubiera sido esperable de no haberse truncado su vida por la maternidad (GEROMINUS y KORENMAN, 1990) (11). Su desventaja social frente a otras adolescentes que realizan todos sus cursos en el instituto, es evidente y difícil de igualar. En un estudio de nuestro grupo (8), se observó que a los 2 años del parto de una madre adolescente se producía un distanciamiento de las amistades (13.6%), desconexión total con los estudios (100%), incorporación al trabajo (40.9%). Aunque se observó en nuestro trabajo una buena acogida familiar, la desconexión con su programa estudiantil fue total.

Por otra parte según GRINDSTAFF (1987) (12), si estas madres se casan, viven un matrimonio de conflictos, tanto en la esfera personal como psicobiológica, culminando muchos de ellos en separaciones, divorcios o agresividad en la pareja. Por último, los hijos de estas parejas se desenvolverán en un ambiente totalmente desfavorable, con las consecuencias que este supone, como es el mal trato infantil. Por estas razones la OMS considera que el embarazo en la mujer adolescente es un embarazo de alto riesgo (Tabla II).

EMBARAZO DESPUES DE LOS 35 AÑOS

En los últimos 10-15 años se observa (13) un incremento de la proporción de embarazos en mujeres de más de 35 años, incluyendo a mujeres de 50 o más años que acceden a la maternidad por técnicas de reproducción asistida, incluso en la etapa de la menopausia natural. A esta edad la mayoría de las mujeres han completado ya la descendencia deseada y un nuevo embarazo surge la mayoría de las veces de forma inesperada, ante el fallo del método anticonceptivo habitual o por la confianza de que a su edad, en el límite con la menopausia, ya no es posible el embarazo. En las gestaciones con edad materna superior a 35 años se observan diversas complicaciones (13):

- Hipertensión inducida y crónica
- Diabetes y macrosomía fetal
- Mayor incidencia de placenta previa y abruptio placentae
- Mayor frecuencia de cesárea
- Mayor incidencia de cromosomopatías y por lo tanto de aborto
- Mayor incidencia de fetos de bajo peso
- Mayor probabilidad de mortalidad materna y mortalidad perinatal.

En un trabajo de nuestro grupo (García et al) (14), la gestación con edad igual o superior a 40 años se asoció a las siguientes situaciones y complicaciones:

- Mayor incidencia de multiparidad.
- Mayor incidencia de hipertensión, rotura prematura de membranas, fetos de bajo peso.
- Mayor incidencia de defecto congénito, mortalidad perinatal y de morbilidad materna (anemia).

En definitiva la maternidad tardía o añosa lleva de forma concomitante determinadas complicaciones vinculadas con la edad, como factor biológico. Sin embargo estas gestantes, con una buena vigilancia prenatal, pueden tener buenos resultados materno-fetales. Indudablemente, la deficiente vigilancia prenatal en estos embarazos explicará malos resultados materno-perinatales en este grupo de alto riesgo, al igual que se observaba en la adolescencia.

EPILOGO

El embarazo no deseado en la adolescencia supone un importante problema para la pareja, especialmente para la mujer. La repercusión es múltiple, tanto obstétrica como humana, cultural y psicofísica. La opción del aborto se demuestra que es una tendencia al alza. El embarazo no deseado representa un alto coste físico y psíquico para la mujer y esta situación parece inconsecuente en nuestro medio, y en definitiva en los países desarrollados, dado la eficacia y desarrollo que ha alcanzado la contracepción en la actualidad.

Parece deducirse de esta situación que sigue existiendo un abismo social, sobre todo en la adolescencia, que se caracteriza por la ausencia o deficiencia de la educación sexual, bien desde la familia, colegios, institutos. Además la impronta que puede aportar las revistas, películas, televisión, ahonda mucho más este abismo. En un anterior trabajo de nuestro grupo (8) se observa que un importante grupo de madres adolescentes (40%), no tenía conocimientos sobre la sexualidad y reproducción, elevándose al 90% el grupo de adolescentes que desconocían por completo todo lo referente a la gestación y parto. Hay que aportar a los jóvenes los elementos informativos de sexualidad, útiles para el desarrollo de una conciencia de riesgo. El recurso al aborto por embarazo no deseado es insatisfactorio y a todas luces negativo a corto y largo plazo.

PRIMIPARIDAD

PARTO PRETERMINO

ROTURA PREMATURA DE MEMBRANAS

INSUFICIENTE VIGILANCIA PRENATAL

DEFICIENTE ALIMENTACION

HABITOS NOCIVOS Y RIESGOS PERINATALES

LACTANCIA ARTIFICIAL

ESTENOSIS PELVICA

ANOMALA ESTATICA FETAL

Tabla I. COMPLICACIONES OBSTETRICAS

ESTADO CIVIL

INMADUREZ BIOLOGICA Y PSICOLOGICA

DEFICIT SOCIOECONOMICO

RECHAZO SOCIAL-FAMILIAR

DROGADICCION

SINDROME DE FRACASO

ABANDONO DE ESTUDIOS

INCORPORACION AL MUNDO LABORAL

TRABAJOS MAL REMUNERADOS

RUPTURA DE LA PAREJA

AGRESION EN LA PAREJA

MAL TRATO INFANTIL

Tabla II. CONDICIONAMIENTOS Y COMPLICACIONES

SOCIOECONOMICOS, ESTUDIO Y TRABAJO

BIBLIOGRAFIA

- 1.-American College of Obstetricians and Gynecologists. Guidelines for Women's Health Care.1996,92.
- 2.-BROWN SS; EISENBERG L.: Unintenced pregnancy and the well-being of children and families. JAMA,1995,274,1331.
- 3.-VINES G.: La fuerza liberadora de la medicina moderna. Orgyn,1999,3,53-56.
- 4.-DELGADO.M.: La fecundidad joven y adolescente en España. Instituto de Economía y Geografía. C.S.I.C,1998.
- 5.-Anonimo. "Unos 32000 embarazos no deseados en menores de 20 años en España".Alerta,1999,53.
- 6.-SATIN.AJ; LEVENO.KJ; SHERMAN ML; REEDYNJ; LOWE TW.: Maternal youth and pregnancy outcomes: Middle school versus high school age groups compared to women beyond the teen years. Am J Obstet Gynecol 1994,171,184.
- 7.-BARBERO C; DE MIGUEL JR.: Edad materna inferior a 20 años. Riesgos gravídicos y perinatales. Clin Invest Gin Obst,1984,11,3,120-124.
- 8.-DE MIGUEL JR; ARRIBAS.C; ESTEBAN V; VALDOR C.: Repercusión social y afectiva del embarazo en la mujer de < 17 años: análisis de una encuesta realizada a los dos años del parto. Progresos en Obstetricia y Ginecologia, 1990,33,5,259-264.

- 9.-GONZALEZ NL; TRUJILLO JL; ARMAS H; PARACHE J.: Influencia del control prenatal sobre los resultados del embarazo en la adolescencia. *Acta Pediatr Esp.* 1991,49,3,181-187.
- 10.-KLEIN L.: Antecedents of teenage pregnancy. *Clin Obstet Gynaecol*,1978,1151.
- 11.-GERONIMUS AT; KORENMAN S. The socioeconomic Consequences of Teen Childbearing Reconsidered. *Research Reports*,1990; *Population Studies Center University of Michigan*,190.
- 12.-GRINDSTAAF.CF.: Adolescent Marriage and Chilbearing: The Long Term Economic Outcome,Canada in the 1980. *Discussion Paper*,1987. *Population Studies Centre*,87.
- 13.-CUNNINGHAM FG; MacDONALD PC; GANT N; LEVENO K; GILSTRAP.L; HANINS G; CLARK S.: Embarazo en los extremos de la edad reproductiva. En *WILLIAMS Obstetricia*, 20° Ed,1998. Ed Médica Panamericana, Madrid,25,533-541.
- 14.-GARCIA E; ESTEVEZ J; DE MIGUEL JR; BARRERA J; BALLESTEROS G.: Edad materna superior a 40 años: complicaciones gravídicas y perinatales. *Progresos de Obstetricia y Ginecología*,1990,33,1,1-8

Agradecimientos

Mi agradecimiento al Dr JD Alvarez por su colaboración bibliográfica, a la Dra M.Sánchez por la aportación de datos, e igualmente al Dr G Ballesteros, Dra M Andrés y M Escudero.

T029

PROTECCION SOCIAL EN EMBARAZOS NO DESEADOS

J. M. Sánchez Redondo

T030

SER MADRE EN LA ADOLESCENCIA: EXPERIENCIA DE UN PROGRAMA DE ATENCIÓN PSICOLOGICA A MADRES JOVENES.

Matilde Arauna Rodríguez

Psicóloga. Centro de Salud Mental Infantojuvenil. Ayuntamiento de Santander.

RESUMEN DE LA COMUNICACION

El embarazo en la adolescencia puede llevar a situaciones de riesgo en salud mental tanto para el bebé como para la chica, que debe enfrentarse a la crianza de un hijo cuando aún no ha podido elaborar las pérdidas de su mundo infantil.

Cualquier adolescente siente angustia ante el paso del mundo de niño al del adulto, al renunciar a una serie de cosas que van quedando atrás en el proceso de des-