

CARTA CIENTÍFICA

Embarazo en adolescentes en los últimos 11 años. Motivos de consulta y factores de riesgo[☆]

Pregnancy in adolescents in the last 11 years. Reasons for consulting and risk factors

Sr. Editor:

El embarazo en la adolescencia es considerado un importante problema de salud pública, por tener un gran impacto social, personal y médico entre la población adolescente. En España, las tasas de embarazos en adolescentes en 2010 fueron 2,2/1.000 a los 15 años y 20,7/1.000 a los 19 años¹.

El objetivo principal de este trabajo es estudiar el motivo por el que consultaron las pacientes en las que fue diagnosticado un embarazo, ya que su diagnóstico es difícil, los pediatras lo sospechamos poco y el diagnóstico precoz es fundamental para un manejo adecuado.

Otro de los objetivos es evaluar los factores de riesgo que presentaban estas pacientes, con el fin de plantear hipótesis que permitan llevar a cabo medidas preventivas eficaces en nuestra sociedad.

Nuestro estudio es descriptivo retrospectivo de todos los embarazos diagnosticados en un hospital infantil terciario de la Comunidad de Madrid a lo largo de más de 11 años (enero de 2005 a enero de 2017, ambos incluidos).

Se recogieron los datos disponibles relativos a antecedentes personales, médicos y psiquiátricos, consumo de drogas, ambiente familiar y social, desarrollo psicomotor y rendimiento escolar y país de origen.

Por otro lado se recogió toda la información disponible acerca de la sexualidad de estas pacientes, como embarazos previos y en los 6 años posteriores, relaciones sexuales sin protección posteriormente y proporción de la interrupción voluntaria de embarazo (IVE) y de nacimientos resultado de los embarazos objeto de este estudio en las pacientes en las que se realizó seguimiento.

Se diagnosticaron 19 embarazos en chicas con una edad entre 14 y 17 años. La media fue de 15,7 años y la mediana y la moda de 15 años ([fig. 1](#)).

Siete pacientes consultaron por descompensación de su enfermedad psiquiátrica previa, 8 pacientes consultaron por enfermedad digestiva (3 por vómitos y diarrea, 3 por vómitos y 2 por dolor abdominal), 3 por amenorrea en adolescentes con trastorno del comportamiento alimentario (TCA) y uno por sangrado vaginal abundante. Solo una consultó por sospecha de embarazo. Dos de las pacientes habían consultado previamente por la misma sintomatología, sin ser diagnosticado el embarazo.

Existían antecedentes de enfermedad psiquiátrica en un 47% (9/19) de las adolescentes embarazadas (4 trastornos de la conducta alimentaria, 3 trastornos depresivos y 2 trastornos del comportamiento). Se evidenció un ambiente social conflictivo en 14, consumo de drogas en 2 y fracaso escolar con abandono de los estudios en 6. Tres eran inmigrantes, todas ellas procedentes de Sudamérica ([fig. 2](#)).

El diagnóstico se realizó mediante la detección de β -hCG en orina en 18 pacientes y en sangre en una. De los embarazos en los que fue posible un seguimiento (15/19) 11 casos finalizaron en IVE y 4 llegaron a término con hijos sanos al nacimiento.

Respecto al ámbito sexual, 2 habían presentado embarazos previos, el 36% (7 casos) volvieron a quedar embarazadas en los 6 años posteriores y 3 solicitaron anticoncepción de urgencia posteriormente por relaciones sexuales sin protección.

En la mayoría de los trabajos revisados en la literatura se postulan la situación económica y sociocultural adversa como importantes factores favorecedores del embarazo en adolescentes^{2,3}. En los casos revisados en este trabajo, el ambiente familiar o social conflictivo y los antecedentes de enfermedad psiquiátrica son factores de riesgo presentes en gran parte de la muestra.

Nuestro trabajo no permite calcular incidencias ni prevalencias, pero la mayoría consultaron por síntomas inespecíficos o atribuibles a su enfermedad de base, como es el caso de la amenorrea en pacientes con TCA, solo una de ellas refirió sospecha de embarazo, lo que indica que el diagnóstico es difícil y, aunque no es un diagnóstico frecuente, debe incluirse en el diagnóstico diferencial en pacientes de este grupo de edad, especialmente en aquellas con dolor abdominal o descompensaciones de enfermedad psiquiátrica previa.

[☆] Este trabajo ha sido presentado previamente de forma parcial: en el XIII Congreso Sociedad Española de Medicina de la Adolescencia (SEMA), Valladolid, marzo 2016 y en la 21 Reunión Anual de la Sociedad Española de Urgencias de Pediatría, Valencia, abril 2016.

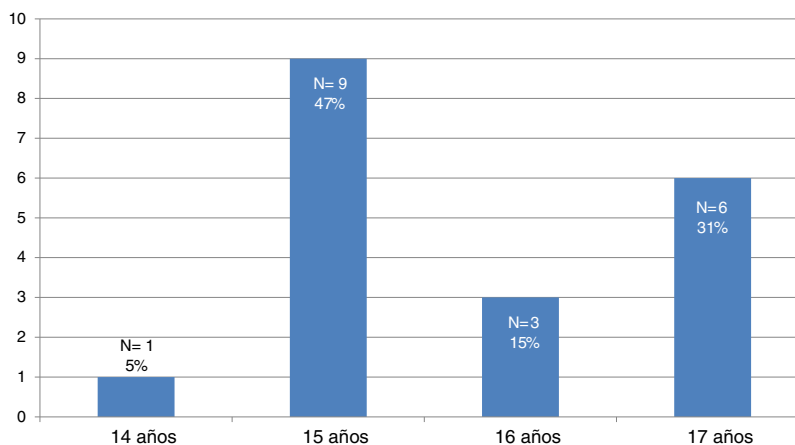


Figura 1 Edad.

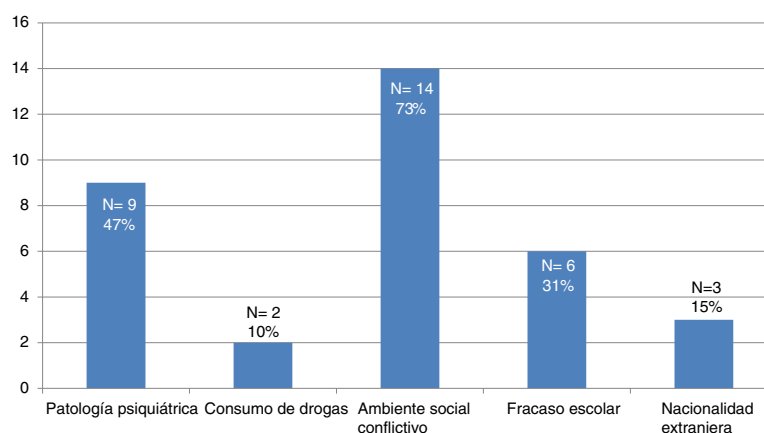


Figura 2 Factores de riesgo.

En la literatura se postula que la combinación de intervenciones múltiples como actuaciones educativas y el uso de anticonceptivos, disminuyen el embarazo en adolescentes⁴. Sin embargo, en España en el momento actual, a pesar de la libre disposición de métodos anticonceptivos y la amplia difusión de información, la tasa de embarazos en adolescentes se mantiene constante en las últimas décadas con sutiles aumentos y disminuciones, pero sin cambios importantes.

Estos datos nos hacen plantearnos que si bien la combinación de medidas de amplia difusión previamente mencionadas son importantes, no son igual de eficaces en toda la población^{5,6} y son necesarias medidas de actuación dirigidas específicamente a estos grupos de riesgo, con una formación en la materia y un seguimiento más individualizado y ajustado a sus condiciones socioculturales.

Agradecimientos

Todos los autores agradecemos al Servicio de Codificación y Archivo del Hospital Niño Jesús que ha permitido la realización de este trabajo.

Bibliografía

1. Perkal Rug G. El embarazo en la adolescente. *Adolescere*. 2015;3:26–35.
2. Harden A, Brunton G, Fletcher A, Oakley A. Teenage pregnancy and social disadvantage: Systematic review integrating controlled trials and qualitative studies. *BMJ*. 2009;339:b4254.
3. Uzan M, Seince N, Pharisien I. Teenage pregnancy. *Endocr Dev*. 2004;7:233–51.
4. Oringanje C, Meremikwu MM, Eko H, Esu E, Meremikwu A, Ehiri JE. Interventions for preventing unintended pregnancies among adolescents. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016;2:CD005215.
5. Fleming N, O'Driscoll T, Becker G, Spitzer RF. SOGC Clinical Practice Guideline N.º 327. *J Obstet Gynaecol Can*. 2015;37:740–56.
6. Chandra-Mouli V, Camacho A, Michaud P. WHO guidelines on preventing early pregnancy and poor reproductive outcomes among adolescents in developing countries. *J Adolesc Health*. 2013;52:517–22.

Laura María Palomino Pérez^{a,*}, Esther Pérez Suárez^b, Marta Cabrero Hernández^a, Ana de la Cruz Benito^c y Gustavo Cañedo^a

^a *Servicio de Pediatría, Hospital Infantil Universitario Niño Jesús, Madrid, España*

^b *Servicio de Urgencias, Hospital Infantil Universitario Niño Jesús, Madrid, España*

^c *Unidad de Análisis Clínicos, Hospital Infantil Universitario Niño Jesús, Madrid, España*

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: laura.palomino.perez@hotmail.es
(L.M. Palomino Pérez).