

OBSTETRICIA

EL EMBARAZO EN LA MUJER ADOLESCENTE

Dres. ANDREW A. MARCHETTI y JEROME S. MENAKER

Del Departamento de Obstetricia y Ginecología de la Facultad de Medicina de la Universidad de Georgetown, y del "Gallinger Municipal Hospital", Washington, D. C.

LA frecuencia del ingreso de jóvenes primigrávidas al servicio obstétrico del Hospital Gallinger de Washington ha sido notable y tal vez sin precedente. En la literatura se considera poco este aspecto y en la mayor parte de ocasiones se expone sólo a base de impresiones, lo que nos ha movido a hacer un análisis de nuestras pacientes entre las edades de 12 a 16 años.

Material

Durante los años 1945, 1946 y 1947, se atendieron 10.699 partos en el Hospital Gallinger, de los cuales 634 corresponden a mujeres de 16 años o menores, lo que representa un porcentaje del 6,3 %. En este grupo se contaron 3 casos de 12 años, 19 de 13, 77 de 14, 163 de 15 y 372 de 16. La edad promedio se calculó en 15,4 años. Sólo el 15 % de estas madres jóvenes se hallaban en condiciones legales de matrimonio.

No todas estas adolescentes eran primigrávidas; 39 daban a luz a su segundo hijo, y 1 a su tercero. Entre las primeras una contaba 14 años.

Curso del embarazo

Una tercera parte de las mujeres de este grupo presentaron complicaciones durante el período gestante, las cuales pudieron clasificarse así: toxemia, 125 casos; sífilis, 48; gonorrea, 14; separación prematura, 7; afección cardíaca, 5; condiloma acuminata, 5; placenta previa, 3; tuberculosis, 2; epilepsia, 1; raquitismo, 1. Si se examinan las causas puramente obstétricas se descubre que los casos de toxemia de separación prematura de la placenta implantada normalmente y de placenta previa, forman algo más de un quinto de anomalías presentadas por estas jóvenes, desde luego con la toxemia como motivo principal (19,7 % del total de casos y 60 % de las complicaciones). Cuanto más joven es la madre más proporción se encuentra de toxemia.

La proporción de sífilis resultó algo menor que la observada en las estadísticas generales en las que no se cuenta la edad. De los 48 casos comprobados, 43 habían recibido tratamiento adecuado, 2 inadecuado, 2 sin tratamiento y 1 sufría heredosífilis.

Registrámos 5 casos de afección cardíaca confirmada. Cuatro de ellas fueron admitidas con historia de carditis reumática compensada; todas ellas presentaron un parto normal. El quinto caso merece una breve descripción.

Se trataba de una muchacha negra de 13 años, transferida del Departamento de enfermedades del corazón a causa de su amenorrea. Se encontró que pasaba por una gestación empezada hacia 12 semanas, por lo que fué atendida en conjunción por ambos servicios. En la semana 26 de su gestación se la operó del conducto arterioso, con curso completamente satisfactorio después de la intervención. A las 34 semanas del embarazo dió a luz un niño vivo prematuro con un peso de 2 Kg. Dos meses después del parto se presentaron al dispensario la madre y el hijo, ambos en excelentes condiciones.

Tiempo del parto

Según las indicaciones de los servicios de estadística, se consideró prematuros a los niños con peso entre 2,50 Kg. y 1,40 Kg. y previables a los de peso inferior a 1,40. En nuestro grupo, 540 mujeres dieron a luz a término (85, %), el 12 %, aproximadamente, tuvieron hijos prematuros, y 3 previables. El índice de partos prematuros es algo superior (9,6 %) a los de las estadísticas generales.

El parto espontáneo se consignó en el 68,7 % de los casos. El fórceps bajo se aplicó en el 23,3 %, el fórceps medio en el 0,3 % y la rotación de Scanzoni en el 4,4 %, lo que da un total del 28,8 %. La aplicación baja del fórceps se empleó en el doble de ocasiones en estas mujeres jóvenes en atención a su estado de inquietud y no por consideraciones tocológicas.

Se contaron 16 presentaciones de nalgas y 1 caso de versión. A 4 de nuestras pacientes se las trató con la operación cesárea, en 3 ocasiones por desproporción céfalopélvica, y en 1 por placenta previa. La proporción suele ser tres veces superior en las estadísticas generales.

Aunque una décima parte de las pacientes de esta serie pasaron por un parto prolongado (más de 30 horas), la duración promedia se calculó sólo en 13,5 horas.

El peso promedio de los hijos a término se contó en 3,160 Kg. Dos de ellos pesaron más de 4 Kg.

Puerperio

El curso inmediato del puerperio se vió complicado por hemorragia (más de 500 c. c.) en 13 ocasiones, proporción del 2 % ligeramente superior a la del servicio en total. Siete de estos casos de hemorragia se atribuyeron a la atonía uterina, 2 a separación prematura, 1 a desgarró cervical y 1 a retención placentaria.

Se registraron 31 casos de infección puerperal, 22 en el útero y 9 en las vías urinarias.

Mortalidad en la madre y en el hijo

El total de muerte fetales fué de 24, con proporción del 3,8 %, en tanto que llegó al 6,3 % en todo el servicio. Si se excluyen los 12 casos de niños previables, la cifra se reduce al 1,8 %, menos de la mitad de las estadísticas totales en las que no se cuenta la edad. De las 24 muertes fetales, 10 ocurrieron antes del parto, 1 en el curso del mismo y 13 poco después. Dos de las 4 pérdidas de los hijos nacidos a término fueron por asfixia debida al prolapso del cordón, la tercera por trauma intracraneal y la cuarta por causa desconocida después de una aplicación de fórceps en una madre ecláptica. En el grupo de 8 muertes de niños prematuros, 3 eran hijos de madres con sífilis no tratadas; otros 2 casos fueron por placenta previa, y los 3 restantes sin causa específica.

Se lamentó una sola muerte materna no debida a causa tocológica: se trataba de una muchacha de 16 años con tuberculosis pulmonar adelantada.

Comentario

Como ya hemos apuntado, desde el punto de vista de la frecuencia, nuestra proporción de mujeres adolescentes en la totalidad de un servicio es la más alta de la que tenemos noticia.

De las 3 madres en la edad de 12 años, 2 de ellas concibieron antes de que se iniciara la menstruación.

El hecho de que el 85 % de las muchachas gestantes antes de los 16 años no estuvieran casadas no debe sorprender; es posible que toda estadística en la que figuraran gran número de primigrávidas daría resultados semejantes.

Estamos convencidos de la importancia que debe darse al curso de estas gestaciones, y de que deben considerarse tanto sus alteraciones físicas como las psíquicas. La acción del miedo, la anticipación del padecimiento, la vergüenza, los reproches y el porvenir lleno de dificultades im-

previstas, forman otros tantos impactos mentales que deben atenderse con habilidad, por ser todos distintos de los que presentan las madres en otras condiciones más normales.

Como hemos visto, la complicación más importante fué la toxemia, la cual se presentó en grado diverso en una quinta parte del grupo total. También hemos indicado que esta anomalía obstétrica aparecía con frecuencia creciente en relación con la mayor juventud. No se pueden precisar en la actualidad los motivos que inducen la toxemia en tanta medida en la madre adolescente, entre otras consideraciones porque no se conoce exactamente la etiología del trastorno. En el terreno de las hipótesis, se ha supuesto que en la adolescencia falta la evolución y el equilibrio de los sistemas endocrinos, aunque ya esté establecida la capacidad de concebir; se ha pensado también que la emotividad que en la juventud provoca este estado excepcional podría contar como otro motivo. Debido al hecho de que la mayoría (99 %) de nuestras pacientes pertenecían a la raza negra, puede ser que la toxemia alcanzara más proporción por el mismo motivo de que la hipertensión arterial es más frecuente en esta raza que en la blanca. Incluso hemos pensado en la posibilidad de que el motivo viniera de la falta de descanso de muchas de esas jóvenes, así como de su régimen alimenticio inadecuado. Ninguna de estas suposiciones tiene la confirmación experimental, por lo que es de importancia una investigación más detallada.

Si se considera que el 14 % de las admisiones de todas las edades en la clínica de maternidad y el 12 % de las que pasan por el banco de sangre presentan reacciones séricas positivas, el porcentaje de 7,6 para la sífilis materna en nuestro grupo no parece en extremo alto.

En cambio, la frecuencia del parto prematuro la consideramos alta. La indicación operatoria para la primigrávida joven no es más frecuente que en la mujer de más edad, en tanto que la de la cesárea es decididamente menos frecuente. Estos hechos parecen indicar que no deben temerse los supuestos problemas de relación céfalopélvica debidos a que la madre no está suficientemente desarrollada. La duración del parto confirma la impresión de algunos especialistas de que es menos prolongado en estas madres adolescentes.

No se notaron diferencias en este grupo con respecto al peso de los hijos ni en las complicaciones puerperales. Sin embargo, de acuerdo con nuestros datos, las probabilidades de obtener la supervivencia del hijo es decididamente mejor en la primigrávida joven; debemos suponer que en este punto la ventaja debe atribuirse a nuestro servicio pediátrico. Como

ya hemos mencionado, no ocurrió ningún caso fatal a la madre debido a causas tocológicas.

PSIQUIATRIA

PROBLEMAS EN EL TRATAMIENTO DE LA NEURODERMATITIS

Dres. ROBERT R. KIERLAND y MAURICE N. WALSH

La neurodermatitis, sinónimo de "dermatitis atópica", es el tipo de dermatosis seca, pruriginosa, liqueniforme, con predilección topográfica por la cara, el cuello y los pliegues de flexión poplíteos y antebraquiales, aunque el proceso con frecuencia puede generalizarse. No es raro que la afección esté relacionada con un eczema infantil o que se descubran otras manifestaciones alérgicas en la familia del paciente. En el curso clínico alternan períodos de exacerbaciones y remisiones, las primeras en relación frecuente con las fatigas físicas y las alteraciones emocionales.

En ciertos aspectos, la neurodermatitis, especialmente la de variedad exfoliativa generalizada, se diagnostica por exclusión, es decir, después de haber eliminado ciertos factores etiológicos específicos. El mecanismo de la patogenia de la neurodermatitis es poco conocida. PEARSON, al exponer las lesiones inflamatorias de la piel, señala que: 1) una lesión cutánea debida indudablemente a una causa orgánica, puede sin embargo mantenerse exacerbada por motivos emocionales del paciente, ajenos a la misma enfermedad o precisamente en relación con ella; 2) una lesión cutánea inflamatoria puede aparecer como consecuencia de la tentativa del paciente para resolver un problema emocional difícil e importante. GRINKER, al tratar de los trastornos psicósomáticos en general, considera los cambios emocionales y las alteraciones somáticas como resultados del estímulo del sistema autónomo.

Sin embargo, no todos los pacientes con neurodermatitis requieren ser tratados por un psiquiatra. Muchos de ellos serán atendidos con provecho por un dermatólogo que sepa comprender el problema individual, siempre con la condición de que cuente con la habilidad y el tiempo para interpretarlo.

Influencia de la alergia

Los pacientes de neurodermatitis con frecuencia están también afec-