

CIENCIAS EPIDEMIOLÓGICAS Y SALUBRISTAS

Universidad de Ciencias Médicas de La Habana.
Facultad de Ciencias Médicas Julio Trigo López.
Policlínico Docente Párraga

Embarazo y adolescencia. Comportamiento clínico-epidemiológico en el Policlínico Parraga. Arroyo Naranjo. 2005-2006

Pregnancy and adolescents: epidemiologist and clinical features in Parraga Polyclinic, Arroyo Naranjo.2005-2006

Dayris Blanco Gámez¹, Mercedes Arrieta Zulueta²

¹Especialista Primer Grado en MGI.

²Especialista Primer Grado en MGI. *Master* en Nutrición Clínica. Asistente. Calixto García 12 entre Camagüey y Pasaje C. Párraga. Arroyo Naranjo. Teléfono. 6443489
merarrieta@infomed.sld.cu

RESUMEN

Se presenta un estudio empírico, observacional, descriptivo y retrospectivo de 69 gestantes adolescentes captadas en el Policlínico Docente Párraga, Arroyo Naranjo, Ciudad de La Habana, en el período julio 2005 y julio del 2006. El propósito fue caracterizar el comportamiento social, epidemiológico y clínico del embarazo en las adolescentes. La información se obtuvo a través de la planilla de recolección de

datos aplicada a las 69 pacientes con el auxilio del carné obstétrico y el Departamento de Estadística del Policlínico. Las variables estudiadas fueron: grupo etéreo, escolaridad, ocupación, estado conyugal, tipo de captación, planificación del embarazo, valoración nutricional, edad gestacional y características del parto, clasificación del peso y puntuación del Apgar. El grupo etéreo más afectado fue entre 17 y 19 años, predominaron las solteras y las uniones consensuales sobre las casadas. La Escuela Secundaria Básica constituyó el mayor nivel de escolaridad. El mayor número de los embarazos fue no deseado, coincidiendo con el mayor número de captaciones intermedias y tardías. Hubo predominio de las adolescentes normopeso, los casos de apgar bajo se relacionaron con los partos distócicos, mientras que en los recién nacidos bajo peso y riesgo por peso predominaron los partos pretérminos.

Palabras clave: Adolescencia, Captaciones, Partos distócicos, Puntuación de Apgar.

ABSTRACT

It s an observational, descriptive and retrospective study of 69 pregnant adolescents captured in the Educational Polyclinic Párraga of the Arroyo Naranjo Municipality Havana City, in the period understood between July 2005 and July of the 2006. The purpose was characterize the social behaviour, epidemiologist and clinical of the pregnancy in the adolescents. The information was gotten through the request data applied to 69 patients with the aid of the obstetric control and of the department of statistics of the Polyclinic. The studied variables were: age group, educational level, occupation, and marital state, planning of the pregnancy, nutritional valuation, and gestational age to the childbirth, characteristic of the childbirth, classification of the weight and punctuation of the Apgar. The age group more affected was between 17 to 19 years, there prevailed the single and the consensual unions on the married. As for the educational level the secondary basic reached the biggest percent with a 59.4, and they constituted the predominant population. The biggest number of the pregnancies was not desired (47 cases), coinciding with the biggest number of intermediates and late citations. The adolescent's normal weight was the 60.8%, the cases of low Apgar were related distocics with the childbirths, it was also observed that in the newly born under weight and risk for weight prevailed the preterm births.

Key words: Adolescents, captured, punctuation of the Apgar.

INTRODUCCIÓN

A nivel mundial la "tasa de fecundidad adolescente (TFA)" ha ido disminuyendo desde los años 50, pero en forma menos marcada que la "tasa de fecundidad general (TFG)", condicionando un aumento en el porcentaje de hijos de madres adolescentes sobre el total de nacimientos. En 1958, era de 11,2%; en 1980, de 13,3%; en 1990, de 14,2%; en 1993, de 15%. Este último porcentaje se traduce en 120 000 nacidos vivos de mujeres menores de 20 años.^{1,2,3} La OMS define como adolescencia al "período de la vida en el cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida

la independencia socioeconómica" y fija sus límites entre los 13 y 19 años. La evaluación de la madurez biológica, psicológica y social se ha ido separando progresivamente con el paso de los años. En lo biológico, se observa claramente un descenso en la edad de menarquia, lo que favorece a las adolescentes ser madre en edades muy precoces.² La madurez psicosocial, en cambio, tiende a desplazarse hacia edades más avanzadas debido al largo proceso de preparación que requiere una adolescente para llegar a ser autovalente.^{3,4} En las adolescentes, la inmadurez biológica de los órganos genitales impide la adecuada transferencia de nutrimento al feto, y afecta de manera consecuente la implantación, el metabolismo materno y la adaptación cardiovascular al embarazo.^{5,6,7}

De forma global, se describe mayor morbilidad en la gestación de la adolescente en la primera mitad destacándose el aborto, anemia, infecciones urinarias y bacteriuria asintomática; en la segunda mitad, los cuadros hipertensivos, hemorragias asociadas con afecciones placentarias, escasa ganancia de peso con malnutrición materna asociada, síntomas de parto prematuro y rotura prematura de las membranas ovulares.^{8,9} En relación con el producto, se destaca el bajo peso al nacer, tanto por nacimiento pretérmino como por recién nacidos bajo peso. Existen múltiples factores involucrados en la tasa de crecimiento fetal de las embarazadas adolescentes, entre ellos: talla, peso preconcepcional, madurez ginecológica, ganancia de peso durante la gestación y atención obstétrica y nutricional entre otros.^{6, 8, 9, 10,11} El embarazo en las adolescentes se ha convertido en seria preocupación para varios sectores sociales desde hace ya unos 30 años. Para la salud, por la mayor incidencia de resultados desfavorables o por las implicaciones del aborto. En lo psicosocial, por las consecuencias adversas que el hecho tiene sobre la adolescente y sus familiares. Los demógrafos cubanos han identificado un proceso de rejuvenecimiento de la fecundidad cubana y señalan que las mujeres están teniendo hijos en edades más tempranas.⁷

OBJETIVOS

General: Caracterizar el comportamiento epidemiológico y clínico del embarazo en las adolescentes del Policlínico Párraga, Municipio Arroyo Naranjo, julio 2005- julio 2006.

Específicos:

1. Identificar algunos factores epidemiológicos y clínicos en las gestantes del grupo en estudio.
2. Conocer impacto en los RN en estas gestantes.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional, descriptivo y retrospectivo con el propósito de caracterizar el comportamiento social, epidemiológico y clínico del embarazo en las adolescentes. El estudio se realizó en el Policlínico Docente Párraga, en el período comprendido entre julio del 2005 y julio del 2006, con una muestra no probabilística de 69 embarazadas adolescentes que coinciden con el universo de las captadas durante este período de estudio, por ser una muestra de pequeño tamaño

y de casos bien identificados por los controles estadísticos, se decidió seleccionar el método no probabilístico.

Criterios de inclusión: Todas las gestantes menores de 20 años de edad con dirección permanente en el área de Párraga.

Criterios de exclusión: Gestantes de 20 años de edad y más, y las gestantes menores de 20 años de edad, quienes se encontraban de tránsito en el área de Párraga.

Fuentes de recolección de datos: Carné obstétrico de la embarazada, Registro de Captaciones de Embarazo y Registro de nacimientos.

Las variables analizadas en el estudio fueron: grupo etéreo, escolaridad, ocupación, estado conyugal, tipo de captación, planificación del embarazo, valoración nutricional, edad gestacional en el momento del parto, características del parto, clasificación por peso y puntuación de Apgar.

RESULTADOS

El decrecimiento en las edades cada vez más tempranas del embarazo en las adolescentes, no escapa en nuestro estudio y podemos apreciar que casi 25 % de las mismas, se encontraba por debajo de los 17 años de edad (Tabla 1).

Tabla. 1. Distribución de las adolescentes por grupos de edades

Grupos etéreos	No.	%
< 14	2	2.9
14-16	14	20.3
17-19	53	76.8
Total	69	100

Fuente: Carné obstétrico.

El estado conyugal en las embarazadas estudiadas se muestra en la Tabla 2, cuyos resultados son coincidentes en las solteras y en las que tienen unión consensual con 28 casos per cápita para 40.6 %, mientras que las casadas aportaron el menor %.

Tabla. 2. Estado conyugal

Estado Conyugal	No.	%
-----------------	-----	---

Solteras	28	40.6
Casadas	13	18.8
Unión Consensual	28	40.6
Total	69	100

Fuente: Carné obstétrico.

El nivel de escolaridad constituye uno de los factores de mayor influencia en los casos de embarazos en edades tempranas, aunque en nuestro estudio por razones socioculturales y educacionales bien conocidas, el nivel educacional encontrado no es bajo, según muestra la siguiente tabla.

Tabla. 3. Nivel de Escolaridad

Nivel de escolaridad	No.	%
Primaria	2	2.9
Secundaria	41	59.4
Preuniversitario	26	37.7
Total	69	100 %

Fuente: Carné obstétrico.

Aunque el mayor porcentaje de nuestras embarazadas, se encontraba con una valoración nutricional adecuada, aquellas consideradas como bajo peso representaron un porcentaje importante (32 %).

Tabla 4. Valoración nutricional

Valoración nutricional	No.	%
Bajo peso	22	31.9
Normopeso	42	60.9
Sobrepeso/obesa	5	7.2
Total	69	100

Fuente: Carné obstétrico y Registro de captación de embarazadas del Policlínico Párraga.

En nuestra investigación hubo correspondencia entre la edad gestacional y el peso del recién nacido, al coincidir el mayor porcentaje de los partos a término con los RN eutróficos, mientras que los bajo peso estuvieron asociados a los partos pretérmino (Tabla 5).

Tabla. 5. Edad gestacional al parto y peso del RN

Peso del RN	Edad gestacional al parto						Total	%
	Pre Término	%	A Término	%	Pos Término	%		
Eutrófico	1	1.44	45	65.2	4	5.7	50	72.46
Riesgo por peso	6	8.69	5	7.24	0	0	11	15.94
Bajo peso	6	8.69	0	0	0	0	6	8.69
Macrofeto	0	0	1	1.44	1	1.4	2	2.89
Total	13	18.8	51	73.9	5	7.2	69	100

Fuente: Registro de nacimientos del Policlínico Párraga.

DISCUSIÓN

La distribución por grupos etéreos coincide con estudios realizados en Cuba que, aunque se considera un país subdesarrollado, presenta un sistema de salud a la altura de un país desarrollado.^{1,3} Esto difiere de los estudios realizados en América Latina, donde hay un predominio de los grupos etéreos que se encuentran entre 14 a 16 años.^{1,5,7,12}

Los resultados en cuanto a estado conyugal de las embarazadas adolescentes concuerdan con algunos estudios y publicaciones realizadas en Cuba,^{3,12,13} teniendo un resultado opuesto a otras investigaciones realizadas en América Latina y países subdesarrollados donde el mayor porcentaje (cerca de 88 %) corresponde a adolescentes embarazadas solteras.^{1,2,5} Consideramos que el hecho de que gran parte de estas adolescentes tengan una pareja estable, es un factor favorable para el enfrentamiento de un embarazo en esta etapa precoz de la vida.

A pesar de que la zona comprendida por nuestra Área de Atención Primaria, tiene un nivel socio cultural bajo, los resultados encontrados son similares a los obtenidos por otros autores cubanos en zonas sociodemográficamente diferentes, en cuanto a nivel educacional. El mayor número de gestantes comprendidas en este estudio, culminó los estudios secundarios, por lo que demostró que en Cuba el nivel educacional es comparable con el de países industrializados.^{1,5,7} En contraposición, en América Latina y el Caribe se observa el mayor porcentaje de las adolescentes con bajo nivel educativo (84 %) y la educación diversificada solo representa 12 %.^{5,14}

Valoramos que los resultados en cuanto al estado ocupacional se debe fundamentalmente al desconocimiento del embarazo; otras veces, por ocultarlo a la familia y también por negligencias propias de la edad. Otros autores han encontrado una asociación similar, planteando que en la gran mayoría de América Latina y otros países pobres el comienzo del control prenatal es más bien tardío (más de 20 semanas) con un porcentaje bajo de población que realiza su control durante el primer trimestre del embarazo.^{5,7}

El estado nutricional de las embarazadas adolescentes constituye uno de los factores de riesgo más importantes al analizar estas pacientes, pues precisamente por encontrarse en un estado de inmadurez biológica, el metabolismo materno se encuentra afectado, lo cual influye en última instancia, en el estado nutricional de las mismas. Los resultados de algunos autores, tanto en Cuba, como a nivel internacional se comportan de manera similar a los observados en nuestro estudio.^{6,8,9}

Prendes Labrada informa entre sus adolescentes 11 % de partos antes de las 37 semanas de gestación y este resultado está muy ligado con el peso del recién nacido y su estado nutricional en el momento de su nacimiento, correspondiendo la mayoría de los casos a los bajo peso, cifras con las cuales concuerda este trabajo.¹⁵ Otros autores han observado la misma relación en sus estudios^{13,14,16} Por otro lado, analizando la incidencia de bajo peso al nacer en las menores de 20 años, algunos estudios encuentran por cientos elevados,¹⁷ mientras que en otros, como el nuestro, la incidencia no es significativa.¹⁸

CONCLUSIONES

1. El grupo etéreo, comprendido entre 17 y 19 años, fue el de mayor incidencia.
2. Hubo predominio de las solteras y las uniones consensuales, así como del nivel educacional secundario.
3. Aunque la mayor incidencia estuvo en las gestantes normopeso, aquellas bajo peso también representaron un porcentaje importante.
4. Predominaron los partos a término con recién nacidos eutróficos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Molina R, Sandoval J, Luengo X. "Salud sexual y reproductiva del adolescente". En: Ruoti AM y col. Obstetricia y Perinatología. Asunción, Paraguay: EFACIM-EDUNA; 2000.
2. Castro Espín M. Crecer en la adolescencia. Sex Soc. 2(4):2-6; 1996.
3. Peláez Mendoza J. Consideraciones del uso de anticonceptivos en la adolescencia. Rev. Cubana Obst Ginecol. 22(1):11-5;1996.
4. Rigol Ricardo O, Pérez Carballá F, Pérez Corral J, Fernández Sacasa J, Fernández Mirabal J. Medicina General Integral. 2:123-67;1987.
5. Lammers C. Características y tendencias del embarazo adolescente en América Latina y el Caribe. Rev Urug Ginecol Infan Adoles.2:39-43;2000.
6. Valoración nutricional de la adolescente embarazada. Rev Urug Ginecol Infan Adoles. 2:65-9;2000.

7. Lammers C, Nieto F, Barros F. Factores asociados con la reiteración del embarazo en un grupo de madres adolescentes del Uruguay. En: Reunión de la Asociación Latinoamericana de Investigadores en Reproducción Humana: Marbella, Chile: 2002, p-26-29.
8. Institute of Medicine, National Academy of Sciences. Nutrition during pregnancy. Washington DC: National Academy Press; 2003.
9. Institute of Medicine. Nutrition during pregnancy: Part 1: Weight gain. Washington DC: National Academy Press; 2002.
10. Rodríguez A, Gay J, Prieto Y, Suárez A, Siberio I, Martín I. Sistema para la vigilancia automatizada de dietas (VAD). Versión 4-01. Rev Cubana Aliment Nutr. 7:52-7;2003.
11. Capurro H. Importancia de los indicadores de bajo peso al nacer y edad gestacional. En: Martínez Medina E. Perinatología; Neonatología. Barranquilla: Uninorte; 2000, p.189-209.
12. Peláez M. Adolescencia y juventud. Desafíos actuales. La Habana: Editorial Científico-Técnica; 2003, p. 125-136.
13. Schwarz R. Atención prenatal y del parto de bajo riesgo. Publicaciones científicas OPS/OMS; 2002.
14. Dueñas Gómez E. Pediatría 5. La Habana: Editorial Pueblo y Educación; 2000.
15. Prendes Labrada MC. Estado nutricional materno y peso al nacer. Rev Cubana Med Integr.17 (1): 35-42;2001.
16. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Anuario estadístico 2001. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2002.
17. Bolzan A, Norry M. Perfil epidemiológico de embarazadas adolescentes en el Mpio de La Costa, Prov. de Bs. As, Argentina. Rev. Soc. Argent. Ginecol. Infanto Juvenil. 8(1):18-24;2001.
18. Mena Cantero Alvin, Trujillo Pérez Yon Luis, Pochet Pimentel y col. Madre adolescente como factor de riesgo en neonatos y lactantes: un reto para el Médico General Integral. Rev.16 de abril. (221):18;2005.