

HOSPITAL GENERAL DOCENTE
“DR. AGOSTINHO NETO”
GUANTANAMO

INFLUENCIA DE LA ADOLESCENCIA EN RESULTADOS PERINATALES

Dr. Angel Ganfong Elías¹, Dra. Alicia Nieves Andino², Dra. Norka Mireya Simonó Bell³, Dr. Juan Manuel González Pérez⁴, Dra. María del Carmen Díaz Pérez⁵, Dr. Antonio Rubinos Vega¹, Dr. Rolando Ramírez Robert.⁶

RESUMEN

Se realiza un estudio de caso-control en el Hospital General Docente “Dr. Agostinho Neto” de la provincia Guantánamo durante el año 2006, para determinar la influencia de la adolescencia en determinados resultados perinatales en nuestro medio, en comparación con aquellas gestantes con edades consideradas adecuadas para el parto. Se selecciona una muestra aleatoria de 100 embarazadas adolescentes y 100 no adolescentes. Se utiliza el Odds Ratio como medida para comparar ambos grupos. Fue significativa la amenaza de parto pretérmino en el 16 % de las adolescentes contra el 7 % de las no adolescentes. La anemia, enfermedad hipertensiva gravídica, rotura prematura de membranas y sepsis urinaria no tuvieron diferencias estadísticamente significativas. El bajo peso se presentó en el 21 y 5 % de los grupos de estudio y de control, respectivamente. El parto distócico no tuvo diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos de estudio.

Palabra claves: EMBARAZO EN ADOLESCENCIA; COMPLICACIONES DEL EMBARAZO/ etiología; RECIEN NACIDO DE BAJO PESO.

¹ *Master en Atención Integral a la Mujer. Especialista de I Grado en Ginecobstetricia. Asistente.*

² *Especialista de I Grado en Anestesiología y Reanimación. Instructor.*

³ *Master en Atención Integral a la Mujer. Especialista de II Grado en Ginecobstetricia. Profesor Auxiliar.*

⁴ *Especialista de I Grado en Ginecobstetricia. Instructor.*

⁵ *Master en Atención Integral a la Mujer. Especialista de I Grado en Ginecobstetricia. Instructor.*

⁶ *Especialista de I Grado en Ginecobstetricia.*

INTRODUCCION

El embarazo en edades tempranas de la vida ha sido considerado un factor negativo para los resultados perinatales. La explicación de esta eventualidad tiene fundamentos anatómicos, fisiológicos, sociales e incluso psíquicos.^{1,2}

Nuestro país ha dado la necesaria importancia al tema y dedica, a través del Ministerio de Salud Pública, específicamente como parte del Programa Atención Materno Infantil (PAMI), todo el esfuerzo necesario para minimizar los resultados adversos que el problema puede traer consigo.³

Nuestra provincia no está exenta de estos propósitos y ofrece todo su poder organizativo, médico y paramédico. Se destaca el apoyo de las organizaciones políticas y de masas en la prevención de las complicaciones potenciales que puede provocar un embarazo en una mujer con 19 o menos años de edad.

Nuestra investigación está dirigida a determinar en qué medida el embarazo en la adolescencia influye de manera negativa en algunos de los parámetros perinatales.

METODO

Se realiza un estudio de casos y controles durante un año, en el Hospital General Docente "Dr. Agostinho Neto" de la provincia Guantánamo. Los casos fueron las adolescentes entre 14 y 19 años de edad y los controles fueron madres comprendidas entre las edades de 20 y 35 años.

Se incluyen todas las embarazadas adolescentes que parieron en nuestro centro en el período enero-diciembre de 2006. De un total de 981, se seleccionaron 100 por el método aleatorio simple, lo que constituyó nuestro grupo estudio. Igual procedimiento se efectuó para la selección de los controles, aquellas que parieron en igual período de tiempo y que tenían una edad comprendida entre los 20 y 35 años de edad.

Se utilizan como fuente de información las historias clínicas de los casos seleccionados para la investigación.

Para analizar los datos se realiza primero un análisis univariante utilizando el porcentaje como medida de resumen para variables cualitativas.

Posteriormente, se realizó un análisis bivariante para identificar la posible asociación entre cada factor con el grupo de estudio y el de control.

El dato primario, inicialmente recogido en una planilla de vaciamiento, fue introducido en el sistema bioestadístico EPINFO 2000 para su ulterior procesamiento estadístico.

Se confeccionan tablas de contingencia, donde se obtuvo el Odds Ratio para cada uno de ellos. Se prefija el 95 % para el intervalo de confianza (IC) y se determina Chi cuadrado en los casos necesarios dándose como significativa una diferencia si $P < 0.05$.

Se discuten los resultados obtenidos y se comparan con los registrados por otros autores de Cuba y del mundo.

RESULTADOS Y DISCUSION

La anemia estuvo presente en el 31 y 21 % de las gestantes adolescentes y de las no adolescentes, respectivamente, encontrándose un OR de 1.85 (95 % IC=0.94 - 3.86). La amenaza de parto pretérmino se comportó en el 16 y 7 % de igual forma, con un OR de 2.53 (95% IC=2.53 - 7.18). El 11 % de las adolescentes presentó enfermedad hipertensiva gravídica (EHG), mientras que en las gestantes no adolescentes se comportó en el 5 %, para obtener un OR de 2.35 (95% IC=0.72 - 8.12). En el caso de rotura prematura de membranas (RPM) incidió en el 15 y 10 % para cada grupo, encontrándose un OR de 1.59 (95% IC=0.63 - 4.05) y en la sepsis urinaria, solo en el 19 % de las adolescentes contra el 10 % de las no adolescentes, para un OR de 2.11 (95% IC=0.87 - 5.21) (Tabla 1).

Como se puede apreciar solo en la amenaza de parto pretérmino se encontró diferencia estadísticamente significativa. En un estudio de 5 años similar al nuestro realizado en la provincia Granma con 2055 pacientes para cada grupo⁴, se encontraron iguales resultados en el caso de anemia y sepsis urinaria y se encontraron diferencia en la amenaza de parto pretérmino al igual que nosotros. Este estudio reveló diferencia significativa en la EHG y la RPM entre sus dos grupos de estudio.

Otros autores coinciden con nuestros resultados.⁵⁻¹⁰ La diferencia entre estas investigaciones puede deberse al tamaño de las muestras. Es bueno

señalar que algunos investigadores como los mexicanos¹¹ insisten en plantear que con una adecuada nutrición, atención prenatal, estado de salud y ambiente familiar, no necesariamente deben existir diferencias significativas entre las adolescentes embarazadas y aquellas consideradas con buena edad para el parto. Se plantea, además, que solo en aquellas adolescentes con muy poca edad, específicamente con 14 años o menos, es posible encontrar un aumento en los resultados negativos perinatales.

La morbilidad durante el parto y puerperio es otro aspecto que fue considerado según lo encontrado en diferentes revisiones realizadas^{4,10,11}. Se puede apreciar que el bajo peso se presentó en el 21 y 5% de los grupos de estudio y de control respectivamente, con un OR de 5.05 (95% IC=1.70 - 16.09). El APGAR bajo estuvo presente en el 7% de las adolescentes y en el 6% de las no adolescentes, para un OR de 1.18 (95% IC=0.34 - 4.14). La hipoxia se observó en el 4% de las gestantes del grupo de estudio y en 3% de las gestantes del grupo de control, con un OR de 1.35 (95% IC=0.25 - 7.82). El CIUR ocurrió en el 11% de los embarazos en edades tempranas y en el 2% de los embarazos en edades propicias para la procreación, para un OR de 6.06 (95% IC=1.22 - 40.74). Es decir que la diferencia entre ambos grupos fue estadísticamente significativa en el bajo peso y en el CIUR. (Tabla 2)

En el estudio realizado en la provincia Granma³, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el bajo peso y en la hipoxia, al contrario de nuestros resultados. Otros autores encuentran similares resultados al nuestro en relación al bajo peso y su relación con la poca edad de las gestantes^{12,13}. Abu-Heija⁹, coinciden con nosotros en que la hipoxia en la embarazada adolescente no tiene necesariamente que ser mayor que en las pacientes de edad adecuada para el parto.

Se tuvo en cuenta la vía del parto, y se observó que el 26% de los partos fueron distócicos (cesárea, forceps, pelvianos con manipulaciones mayores) en el caso de las adolescentes y solo el 21% entre las no adolescentes. Aunque el OR fue de 1.32, no fue estadísticamente significativo. En el estudio realizado en Granma³, se encontró que estas cifras variaron entre el 38 y el 33.2% respectivamente; lo cual tuvo una diferencia estadísticamente significativa. Una vez más consideramos que la diferencia puede deberse a los tamaños de las muestras respectivamente.

En otro estudio realizado en el Hospital "Julio Trigo Piñero" de Ciudad Habana⁽¹⁴⁾, se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre

adolescentes y no adolescentes con relación a la cesárea. En este caso se utilizó una muestra muy semejante a la nuestra. Es posible plantear entonces que en nuestro medio esta eventualidad no repercute significativamente sobre el parto distócico en general. (Tabla 3)

Como ya se refleja en la Tabla 2, el bajo peso fue más frecuente entre las adolescentes que entre las no adolescentes. Podemos apreciar en nuestros resultados que, en el grupo de 2000 a 2499 gr. este aspecto fue específicamente significativo. Estos resultados, son idénticos a los encontrados por los granmenses en su estudio³. Otros autores encontrados, coinciden también en este aspecto del problema.¹⁵⁻²⁰ (Tabla 4)

CONCLUSIONES

Como conclusiones de nuestra investigación podemos plantear que la adolescencia y embarazo en nuestro medio se comporta como factor de riesgo para algunos parámetros perinatológicos.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Díaz SV. El embarazo en las adolescentes en México. *Gaceta Médica de México*. 2003; 139(1):23-8.
2. Gama S. The pregnancy during adolescence as a risk factor for low birth weight, Brazil. *Rev Saúde Pública*. 2001; 35(1):74-80.
3. Herrear V, Oliva J, Domínguez F. Riesgo reproductivo. En: Rigol O. *Obstetricia y Ginecología*. La Habana: Editorial de Ciencias Médicas; 2004.p. 113-120.
4. Vázquez A. Embarazo y adolescencia: Factores biológicos Materno y Perinatal más frecuentes. *Rev Cub Obstet Ginecol*. 2001; 27(2):158-64.
5. Peláez MJ. Consideraciones del uso de anticonceptivos en la adolescencia. *Rev Cubana Obstet Ginecol*. 1996; 22(19):11-5.
6. Calero JL. Salud reproductiva. *Sexología y Sociedad*. 1999; 5-(13):33-5.
7. Peláez MJ. Adolescente embarazada: Características y riesgos. *Rev Obstet Ginecol*. 2000; 23(1):13-7.
8. Fernández LS, Carro PE, Osés FD, Pérez PJ. Caracterización de la gestante adolescente. *Rev Cubana Obstet Ginecol*. 2004; 30(2).

9. Valdés BF, Valle VO. Prevalencia y factores de riesgos para complicaciones obstétricas en la adolescente. Comparación con la población adulta. *Ginecol Obstet México*. 1999; 64(5):209-13.
10. Abu-Heija A, Ali AM, Al-Dakheil S. Obstetrics and perinatal outcome of adolescent nulliparous pregnant women. *Gynecol Obstet Invest*. 2002; 53(2):90-2.
11. Claudio S. El embarazo en la adolescencia como problema público: una visión crítica. *Salud Pública Mexicana*. 1997; 39(2):137-143.
12. Gama S. Pregnancy in adolescence, associated factors, and perinatal results among low-income post-partum women. *Cad Saúde Pública*. 2002; 18(1):153-61.
13. Fumero RA, Cobas LR, Aliño M. Repercusión de los factores de riesgo del bajo peso al nacer. *Resumed*. 2001; 14(3):115-21.
14. Fernández L, Carro E, Osés D, Pérez J. Caracterización de la gestante adolescente. *Rev Cubana Obstet Ginecol*. 2004; 30(2).
15. Macias G, Torres MR, Valdés N, Vidal M. Factores prenatales relacionados con la prematuridad. *Rev Cubana Pediatr*. 2001; 73(1):11-5.
16. Miller HS, Lesser KB, Reed KL. Adolescence and very low-birth weight: a disproportionate association. *Obstet Ginecol*. 1999; 87(1):83-8.
17. Galletta MA, Lippi Adriana de Toledo A, Giribola A, Miguelez J, Zugaib M. Resultados obstétricos perinatales en gestantes adolescentes atendidas en prenatal especializado. *Rev Ginecol Obstet FMUSP*. 2001; 8(1):10-9.
18. Uzc Tegui O. Embarazo en la adolescente precoz. *Rev Obstet Ginecol Venezuela*. 1999; 57(1):19-27.
19. Haida TA, Masoz FR, Hochstetter AE. Embarazo y adolescencia. *Rev Soc Chil Obstet Ginecol Infant Adolesc*. 2000; 3(1):9-12.
20. Fernández L, Carro E, Osés D, Pérez J. Caracterización del recién nacido en una muestra de gestantes adolescentes. *Rev Cubana Obstet Ginecol*. 2004; 30(2).

TABLA 1. MORBILIDAD DE LAS EMBARAZADAS ADOLESCENTES VS. NO ADOLESCENTES.

MORBILIDAD	CASOS		CONTROLES		ODDS RATIO
	No.	%	No.	%	
Anemia.	33	33.0	21	21.0	1.85 (95% IC = 0.94 - 3.68)
Amenaza de parto pretérmino.	16	16.0	7	7.0	2.53 (95% IC = 2.53 - 7.18)
Enfermedad hipertensiva gravídica	11	11.0	5	5.0	2.35 (95% IC = 0.72 - 8.12)
Rotura prematura de membranas.	15	15.0	10	10.0	1.59 (95% IC = 0.63 - 4.05)
Sepsis urinaria.	19	19.0	10	10.0	2.11 (95% IC = 0.87 - 5.21)

$X^2 = 0.86$ $P > 0.05$

TABLA 2. MORBILIDAD NEONATAL DE LAS ADOLESCENTES VS. NO ADOLESCENTES.

MORBILIDAD NEONATAL	CASOS		CONTROLES		ODDS RATIO
	No.	%	No.	%	
Bajo Peso	21	21.0	5	5.0	5.05 (95% IC = 1.70 - 16.09) $X^2 = 11.32$ $P < 0.05$
Apgar Bajo	7	7.0	6	6.0	1.18 (95% IC = 0.34 - 4.14) $X^2 = 0.08$ $P > 0.05$
Hipoxia	4	4.0	3	3.0	1.35 (95% IC = 0.25 - 7.82) $X^2 = 0.15$ $P > 0.05$
CIUR	11	11.0	2	2.0	6.06 (95% IC = 1.22 - 40.74) $X^2 = 6.66$ $P < 0.05$

TABLA 3. TIPO DE PARTO DE LAS ADOLESCENTES VS. NO ADOLESCENTES.

TIPO DE PARTO	CASOS		CONTROLES	
	No.	%	No.	%
Eutócico	74	74.0	79	79.0
Distócico	26	26.0	21	21.0
TOTAL	100	100	100	100

$OR = 1.32$ (95% IC = 0.65 - 2.68) $X^2 = 0.70$ $P = 0.05$

TABLA 4. PESO DE LOS NEONATOS DE LAS ADOLESCENTES VS. NO ADOLESCENTES.

PESO DEL NEONATO	CASOS		CONTROLES		ODDS RATIO
	No.	%	No.	%	
Menos de 1500	4	4.0	2	2.0	2.04 (95% IC = 0.31 - 16.46)
1500 - 1999	3	3.0	1	1.0	3.06 (95% IC = 0.28 - 77.75)
2000 - 2499	14	14.0	2	2.0	7.98 (95% IC = 1.66 - 52.36)
SUBTOTAL	21	21.0	5	5.0	5.05 (95% IC = 1.70 - 16.09) $X^2 = 11.32$ $P < 0.05$
2500 o más	79	79.0	95	95.0	0.20 (95% IC = 0.06 - 0.59)
TOTAL	100	100	100	100	