

**HOSPITAL GENERAL DOCENTE
"DR. AGOSTINHO NETO"
GUANTÁNAMO**

**INCIDENCIA DE BAJO PESO AL NACER EN HIJOS DE MADRES
ADOLESCENTES**

Lic. Milagros Regueiferos Salfrán¹, Lic. Ramona Favier Noel², Lic. Náyade Chacón Pérez³, Dra. Ana María Simonó Charadán⁴, Lic. Lourdes Parsons Pérez.⁵

¹ *Máster en Atención Integral al Niño. Licenciada en Enfermería. Instructor.*

² *Máster en Atención Integral a la Mujer. Licenciada en Enfermería. Instructor.*

³ *Licenciada en Enfermería. Asistente.*

⁴ *Máster en Atención Integral a la Mujer. Especialista de I Grado en Ginecología y Obstetricia. Asistente.*

⁵ *Licenciada en Enfermería. Instructor.*

RESUMEN

Se realiza un estudio en el salón de parto del Hospital General Docente "Dr. Agostinho Neto" para determinar la incidencia de bajo peso al nacer en hijos de madres adolescentes durante el año 2009. El universo y la muestra están conformados por 52 neonatos de los nacidos del período estudiado. Las variables estudiadas son: antecedentes patológicos de las madres, peso al nacer, edad materna, procedencia, Apgar al minuto y a los cinco minutos, edad gestacional, tipo de parto al nacer. El dato primario se obtiene de las hojas de parto e historias clínicas. Se muestran en tablas de distribución de frecuencia, donde se aprecia una alta incidencia en sepsis vaginal, con predominio en la zona rural y edad materna entre 16-19 años. La edad gestacional con mayor predominio fue la de 37 semanas y el tipo de parto predominante fue el eutócico.

Palabras clave: adolescentes, bajo peso al nacer.

INTRODUCCIÓN

La adolescencia es una etapa entre la niñez y la edad adulta que cronológicamente se inicia con los cambios puberales y se caracteriza por profundas transformaciones biológicas psicológicas y sociales, muchas de ellas generan crisis, conflictos y contradicciones, pero esencialmente positivas. No es solamente un periodo de adaptación a los cambios corporales, sino es una fase de grandes determinaciones hacia una mayor independencia psicológica y social.^{1,2}

La convención sobre los derechos del niño aprobada por la Asamblea General de las Naciones Unidas en 1989, la I Cumbre Mundial ha favor de la infancia en 1990 y la Conferencia Internacional sobre la Población y Desarrollo, en 1994 en el Cairo, ha contribuido a que se considere a los niños como un grupo particular en la sociedad, con derecho al disfrute del más alto nivel de salud físico y mental, educación y desarrollo.

El embarazo en la adolescencia es, por lo general, no deseado, en su gran mayoría. Se produce en jóvenes solteras o con alta incidencia de separaciones durante el transcurso de la gestación, por lo que el abandono del progenitor y la ilegitimidad desprotegida serán factores de riesgos para el incremento de la mortalidad infantil.²

Con relación a la morbilidad neonatal, son frecuentes el bajo peso al nacer y el pretérmino, a los cuales se asocian defectos congénitos, y adquirida, discapacidades físicas y mentales, epilepsia, parálisis cerebral, retardo mental, ceguera y sordera.

EL comportamiento de este indicador varía en dependencia del nivel de desarrollo. Es importante que este embarazo sea planificado, que la madre esté en mejores condiciones biológicas y psicológicas, así como las condiciones socioeconómicas sean las mejores.

En la provincia Guantánamo a pesar del desarrollo socioeconómico y cultural alcanzado, el Sistema Nacional de Salud confronta un incremento en el desarrollo reproductivo en las gestantes adolescentes con un consiguiente aporte negativo a la mortalidad perinatal y materna.⁴

Las condiciones y los resultados que se observa en la provincia hacen reflexionar y son un hecho la necesidad de realizar investigaciones que permitan después lograr acciones de salud que resuelvan esta problemática. En Guantánamo la fundamentación de lo planteado anteriormente ha partido de un seguimiento realizado a la evolución de

este problema, durante años observando con preocupación como diariamente se registran nuevos casos.

MÉTODO

Se realiza un estudio descriptivo longitudinal retrospectivo con el objetivo de valorar la incidencia del bajo peso al nacer en hijos de madres adolescente en el Hospital General Docente "Dr. Agostinho Neto" durante el año 2009.

El universo está conformado por 52 recién nacidos, hijos de madres adolescentes, en el periodo antes mencionado.

Los datos se obtienen de las hojas de parto y las historias clínicas de las madres. Se aplica un formulario diseñado por los autores, y sus datos se procesan a través del paquete estadístico SSPS.

Se resumen en número y porcentaje, se muestran en tablas de distribución de frecuencia y datos de asociación.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

En la Tabla 1 se muestra la distribución de frecuencia de las patologías maternas, según el peso al nacer, encontrándose mayor incidencia en sepsis vaginal (40.3 %), seguida de sepsis urinaria (25 %). La hipertensión arterial y anemia incidieron en el 9.6 %. Con una alta incidencia en los neonatos bajo peso menor de 2 500 g (21.1 %).

Se observó predominio de las adolescentes de zona rural (Tabla 2). Johnny Wilhelm y Gerardo López estudiaron las embarazadas de las selvas de Perú y allí, también, encontraron prevelecia de señoras con edades temprana de de vida, con un porcentaje mayor en estas zonas rurales que en la capital (51.1 %) y una edad materna de 16-19 años.^{2,4}

El 55.7 % de los neonatos bajo peso tuvo Apgar entre 7-10 puntos (61.5 %) (Tabla 3), normal, aunque nos gustaría resaltar que a pesar de que el mayor porcentaje de los recién nacidos tuvo Apgar con buena recuperación no es del todo desestimable las cifras de los neonatos con puntaje de 0-3 puntos al minuto con el 17.3 % y a los cinco minuto, 3.8 %, si tenemos en cuenta que fueron recién nacidos que nacieron severamente deprimidos y con todos los riesgos de secuelas que la hipoxia perinatal entraña para el bebé

La Tabla 4 muestra la relación de la edad gestacional de las adolescentes con predominio en la edad gestacional de 37 semanas con el 44.2 %.

En relación al tipo de parto, predominó el parto eutócico con el 63.4 % de total (14) (Tabla 5). Joaquín Bustillos, en Costa Rica, informó en su estudio que los partos eutócicos representaron el 28 % de los partos en este período (7.2 %). Sin embargo, el Dr. Francisco Amaro, en Camaguey, en un estudio realizado en embarazadas adolescentes, encontró mayor número de partos eutócico.

Estos resultados coinciden con lo planteado por el Doctor Alonso Díaz en un estudio realizado en la Habana, donde se reporta que la mayor incidencia de infección vaginal y sepsis urinaria estuvo presente en el 24.7 de su muestra de estudio, con hipertensión solo se registró un total de 9.7 %.¹¹ La Dra. Indira López informa una mayor frecuencia de las infecciones vaginales y sepsis urinaria, coincidiendo con nuestro estudio.¹⁵

Indira López, en Nuevitas Camaguey, registra en su estudio mayor incidencia en las edades gestacionales de 33-36 semanas, sin embargo solo el 10.6 % de su muestra tenía 28 semanas y menos. Francisco Amaro también en la provincia de Camaguey encontró predominio en la edad gestacional de 37 semanas y más.^{5,12}

Nuestro estudio no coincidió con la mayoría de los autores que han encontrado una mayor incidencia en la zona urbana y las edades de mayor incidencia fueron las comprendidas de 12-15 años. Pensamos, además, que los resultados pueden estar en relación con la geografía de nuestra provincia que es predominantemente montañosa y de áreas rurales.

Butilo reporta un mayor porcentaje de recién nacidos ingresados en cuidados intensivos por puntajes de Apgar bajo al nacer lo cual no coincide con los resultados de nuestro trabajo.

Muchos autores plantean que el incremento de cesáreas, indicador que está estrechamente relacionado con las afecciones maternas, dependientes o no de la gestación que se presentan en edades extremas y, otras veces, a la excesiva preocupación del resultado final de la gestación tanto del médico como de las pacientes.

Nuestro estudio no coincide ya que mundialmente la incidencia de cesáreas como vía de parto se ha ido incrementando ya que nuestra maternidad de cierto modo no ha estado exenta de esta situación teniendo en cuenta los riesgos para la madre, como los accidentes

relacionados con la anestesia, pérdida de sangre, daño de intestino y vejiga, así como para la embarazada posteriormente.¹³

CONCLUSIONES

Durante el estudio se pudo contactar las principales consecuencias del embarazo en adolescente permitiendo alertar sobre los riesgos que ocasionan estos y la necesidad de incrementar el trabajo educativo, promocional y preventivo en las edades tempranas con una mejor educación sexual.

RECOMENDACIONES

- ✓ Lograr disminuir el embarazo en la adolescencia aumentando las acciones de salud de enfermería en la atención primaria conjuntamente con el grupo básico de trabajo y las organizaciones de masas que conforman el Consejo Comunitario.
- ✓ Mantener la calidad de la atención prenatal a las gestantes adolescentes.
- ✓ Realizar estrategias de trabajo para incrementar la orientación sexual en los centros educacionales y áreas de salud

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Álvarez Lalonde C. El embarazo en la adolescencia. La Habana : Editorial Ciências Médicas; 2007.
2. Pineda Pérez S, Aleño Santiago M. El concepto de adolescencia en Cuba. En: Manual de Prácticas Clínicas para la atención integral de la salud del adolescente. La Habana : UNICEF, MINSAP; 2000.
3. Lihfi. Problemas Sanitarios Especiales durante la adolescência. En: Tratado de Pediatría. 5ªed. La Habana : Editorial Ciencias Médicas; 2005.
4. Pelaéz Mendoza J, Salomón A, Vichy N, Machado H, Rodríguez Venega R. Salud Pública. Manual de Prácticas Clínicas para la atención integral a la salud del adolescente. La Habana : UNICEF, MINSAP; 2003.
5. Díaz Alonso G, González Docal D, Román Fernández L, Cueto Guerrero T. Factores de riesgo del bajo peso al nacer. Rev Cubana Med Gen Integr. 2005; 11(3):224-31.

6. León R, Gallegos Machado B, Estévez Rodríguez E, Rodríguez García S. Mortalidad Infantil. Análisis de un decenio. Rev Cubana Med Gen Integr. 1998; 14(6):606-10.
7. López Gutiérrez I. Factores de Riesgo relacionados con el bajo peso al nacer en el Hospital de Nuevitas. Hospital General Docente Martín Chang Puga. 2004 - 2005. Rev Cubana Med Gener Integr. 1996; 12(2) : 34.
8. Lugones M, Rosell M, Quintana T Y. Análisis del bajo peso al nacer en la atención primaria. Rev Cubana Med Gen Integr. 2005; 11(4).
9. Solas A, Regido M. Cuidados especiales del feto y el recién nacido. vI. Argentina: Editorial Científica Interamericana; 2001. p.124.
10. Kurth F, Bélard S, Mombo-Ngoma G, Schuster K, Adegnika AA, Bouyou-Akotet MK, et al. Adolescence as risk factor for adverse pregnancy outcome in Central Africa--a cross-sectional study. PLoS One. 2010 Dec 20;5(12):e14367. PubMed PMID: 21188301; PubMed Central PMCID: PMC3004789.
11. Khashan AS, Baker PN, Kenny LC. Preterm birth and reduced birthweight in first and second teenage pregnancies: a register-based cohort study. BMC Pregnancy Childbirth. 2010 Jul 9;10:36. PubMed PMID: 20618921; PubMed Central PMCID: PMC2909926.
12. Horta BL, Victora CG, Lima RC, Post P. Weight gain in childhood and blood lipids in adolescence. Acta Paediatr. 2009 Jun;98(6):1024-8. PubMed PMID: 19484844; PubMed Central PMCID: PMC2688671.
13. Santos GH, Martins Mda G, Sousa Mda S. Teenage pregnancy and factors associated with low birth weight. Rev Bras Ginecol Obstet.. 2008 May;30(5):224-31. Portuguese. PubMed PMID: 19142497.

Tabla 1. Antecedentes patológicos y peso al nacer.

ENFERMEDAD MATERNA	MAYOR 2 500 g		MENOR 2 500 g		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%
Sepsis urinaria	5	9.6	8	15.3	13	25.0
Hipertensión arterial	3	5.7	2	3.8	5	9.5
Anemia	2	3.8	3	5.7	5	9.6
Infección vaginal	11	21.1	10	19.2	21	40.3
Diabetes mellitus	-	-	3	5.7	3	5.7
Ninguna	2	3.8	3	5.7	5	9.6

Tabla 2. Edad materna y procedencia.

EDAD MATERNA	URBANA		RURAL		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%
12 - 15	10	19.2	15	28.8	25	48.0
16 - 19	13	25	14	26.9	27	51.9
TOTAL	23	44.2	29	55.7	52	100

Tabla 3. Apgar al nacer al minuto y a los cinco minutos de los recién nacidos bajo peso.

APGAR AL NACER	AL MINUTO		A LOS 5 MINUTOS	
	No.	%	No.	%
0 - 3	9	17.3	2	3.8
4 - 6	14	26.9	18	34.6
7 - 10	29	55.7	32	61.5
TOTAL	52	100	52	100

Fuente: Carnet de recién nacido.

Tabla 4. Edad gestacional.

EDAD GESTACIONAL	No.	%
28 semanas y menos	4	7.6
29 – 32 semanas	10	19.2
33 – 36 semanas	15	28.8
37 semanas y más	23	44.2
<i>TOTAL</i>	<i>52</i>	<i>100</i>

Tabla 5. Tipo de parto.

TIPO DE PARTO	No.	%
Eutócico	33	63.4
Distócico	19	36.5
<i>TOTAL</i>	<i>52</i>	<i>100</i>

Fuente: Historia clínica.