

Hospital Ginecoobstétrico Docente Palma Soriano, Santiago de Cuba

EL EMBARAZO EN EDADES TEMPRANAS. ALGUNAS CONSIDERACIONES AL RESPECTO

Lic. Martha Paz Fuentes,¹ Dr. Humberto Cruzat Cruzat² y Lic. Miriam Bariera Quijál³

RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo, transversal y retrospectivo de 148 adolescentes que parieron en el Hospital Materno del municipio Palma Soriano, provincia Santiago de Cuba, durante el primer semestre de 1995, así como de igual número de madres, mayores de 20 años, que integraron el grupo control. Se encontró relación entre la concepción del embarazo en las jovencitas y el estado civil, la situación económica deficiente y el bajo vínculo laboral, todo lo cual redundó en un alto número de complicaciones materno-fetales, dadas por anemia, amenaza de aborto, parto pretérmino, alto índice de partos por cesáreas y recién nacidos con elevada morbilidad y mortalidad por enfermedad de la membrana hialina e hipoxia, entre otras.

Descriptores DeCS: EMBARAZO EN ADOLESCENCIA; EDUCACION SEXUAL; DISPOSITIVOS ANTICONCEPTIVOS FEMENINOS; EMBARAZO DE ALTO RIESGO; ESTADISTICAS; PLANIFICACION FAMILIAR.

El incremento del embarazo y parto en edades tempranas constituye un problema universal,¹ pues de acuerdo con el Centro de Información sobre Fecundidad de Washington, tres millones de adolescentes paren anualmente en el mundo.²

En nuestro país, esta problemática lleva un ritmo creciente, ya que 23 % de nuestra población se halla incluida en esta importante categoría;^{3,4} pero en ello están influyendo además las modificaciones en el

aparato genital, unido a los avances de la época actual y a las magníficas condiciones sociales de libertad e igualdad que rigen en nuestro medio, donde los jóvenes de uno y otro sexo participan en múltiples actividades educativas, políticas, deportivas, recreativas, etc., que facilitan y estrechan las relaciones sociales entre ellos. Sin embargo, muchas veces estas muchachas ven truncado su porvenir por tener que asumir grandes responsabilidades para las

¹Licenciada en Enfermería.

²Especialista de I Grado en Obstetricia y Ginecología.

³Licenciada en Enfermería. Profesora de la Facultad de Medicina No.2.

que aún no se encuentran preparadas, ni poseen las condiciones materiales ni espirituales para enfrentarlas, entre las cuales figura la maternidad precoz, por carecer de la preparación biológica, psicológica y social requerida para el ejercicio de estas funciones.⁵

También se ha observado un incremento de la mortalidad como consecuencia de la interrupción del embarazo en el primer trimestre, que ha llegado a ser hasta de 24,3 %, ³ así como un aumento de las tasas de mortalidad fetal tardía y neonatal precoz.^{6,7}

Para tratar de solucionar estas situaciones se precisa de mejores programas de planificación familiar, de la elevación de la calidad de la educación sexual y de la aplicación de eficaces medidas anticonceptivas, especialmente dirigidas a la población con riesgo y a las adolescentes;^{3,8} complejo proceso que demanda el esfuerzo activo de todos, pero especialmente del médico de familia, por su influencia como orientador en la comunidad y su directa interrelación con los adolescentes de su área de atención.⁷

Todo lo anteriormente planteado despertó nuestro interés por realizar el presente trabajo con los objetivos que relacionamos:

- Analizar la incidencia de partos en adolescentes, así como la evolución obstétrica y el término del embarazo.
- Precisar las características maternas como edad, estado civil, escolaridad y ocupación en la serie investigada.
- Determinar el nivel económico y las causas que condujeron a la continuación del embarazo.
- Identificar las enfermedades clínico-obstétricas asociadas, que complican la gestación y el parto, así como las complicaciones inherentes al recién nacido.

MÉTODOS

Se efectuó un estudio descriptivo, transversal y retrospectivo de las gestantes adolescentes que tuvieron su parto en el Hospital Materno del municipio Palma Soriano, en el semestre enero-julio de 1995, durante el cual se produjeron 1 292 partos.

La muestra estuvo representada por 148 mujeres consideradas como adolescentes, según criterios de la OMS, lo que representó 11,4 % del total. Para conformar un grupo control se escogió igual número de embarazadas, pero mayores de 20 años.

Los datos fueron recogidos en encuestas individuales, donde se incluyó la información obtenida en las visitas al medio familiar de las grávidas.

Se aplicaron procedimientos estadísticos para la validación de los resultados, muestras aleatorias para proporciones y el método de Chi cuadrado para la confiabilidad estadística.

RESULTADOS

En la tabla 1 se observa que hubo una primacía de las menores de 18 años, con 38,5 %, lo cual es altamente significativo si se tiene en cuenta que éstas no se encuentran preparadas para el parto; mientras que en el grupo control predominaron las gestantes con edad idónea para serlo (76,4 %).

En cuanto al estado civil (tabla 2), observe que 93,9 % de las adolescentes carecían de un vínculo matrimonial estable, mientras que ello sólo fue así en 12,2 % de las integrantes del segundo grupo.

El análisis de la escolaridad reveló que 59,7 %, tenían nivel de secundaria básica, 29,9 % de preuniversitario y las restantes

de primaria. En el grupo control se hallaron cifras similares, con 52,7; 21,6 y 12,5 %, respectivamente, aunque también había 13,5 % de universitarias.

TABLA 1. *Distribución según edad*

Edad (años)	Grupo de estudio	%	Edad (años)	Grupo control	%
-14	2	1,4			
14-15	24	16,2			
16-17	31	20,9	21-30	113	76,4
18-19	91	61,5	+ 30	35	23,6
Total	148	100,0	148	100,0	

TABLA 2. *Estado civil*

Estado civil	Grupo de estudio	%	Grupo control	%
Casada	19	12,9	39	26,3
Unión consensual	64	43,2	91	61,5
Soltera	65	43,9	18	12,2
Total	148	100,0	148	100,0

De las que integraban el grupo de estudio, sólo 2 (1,3 %) tenían independencia económica, 91 (61,5 %) dependían de la ayuda familiar y 55 (37,2 %) de su compañero sexual; pero en el grupo control no fue así, ya que lo primero se constató en 40 (27,1 %), lo segundo en 11 (7,3 %) y lo tercero en 97 (65,6 %).

Por otra parte, el per cápita familiar era bajo (\$ 50 y menos) en 53 y 47 de ambos grupos (35,8 y 31,8 %, respectivamente), en tanto que rebasaba los \$ 50 en 95 (64,2 %) y 101 (68,2 %) en ese orden.

Con respecto a la ocupación fue llamativo que sólo 16 (10,9 %) de las adolescentes estudiaban, 2 (1,3 %) trabajaban y 130 (87,8 %) eran amas de casa; mientras que en el grupo control, 31 (21,0 %)

se mantenían asistiendo a las aulas, 28 (18,9 %) tenían vínculo laboral y 89 (60,1 %) se dedicaban a las labores hogareñas.

Del grupo de estudio, 70 (47,4 %) tenían deseos de reproducir, 49 (33,2 %) ocultaban su embarazo o ya se hallaban en una fase avanzada de la gestación al ser captadas y en las restantes existían otras causas para evitar la gravidez. En el grupo control, 128 (86,5 %) deseaban tener hijos y sólo 6 (4,1 %) mantenían oculto su estado.

Entre las complicaciones aparecidas durante el embarazo (tabla 3) pueden citarse la anemia y la toxemia en los primeros lugares en el grupo de estudio (30,9 y 16,0 %, respectivamente) y sólo en 23 y 7 del grupo control. Las restantes complicaciones no arrojaron significación estadística.

TABLA 3. *Complicaciones durante el embarazo*

Complicaciones	Grupo de estudio	%	Grupo control	%
Amenaza de aborto	16	10,4	5	8,5
Amenaza de parto prematuro	14	8,6	9	15,3
Anemia	50	30,9	23	39,0
Sepsis urinaria	13	6,7	4	6,7
CLR	22	12,9	8	13,6
Toxemia	26	16,0	7	11,9
Otras	7	4,0	3	5,0
Total	148	100,0	59	100,0

Durante el parto (tabla 4) predominó la cesárea como complicación más reciente en ambos grupos, seguida del parto pretérmino.

Entre las complicaciones propias del recién nacido (tabla 5) prevaleció el íctero en los 2 grupos, seguido de la membrana hialina, en tanto que hubo 2 fallecidos de madres adolescentes.

TABLA 4. *Complicaciones durante el parto*

Complicaciones	Grupo de estudio		Grupo control	
	estudio	%	control	%
Parto pretérmino	9	5,7	3	2,0
Cesárea por desproporción cefalopélvica	13	8,2	16	10,9
Instrumentación por distocia de dinámica	2	1,2	3	2,0
Hemorragia	5	3,1	1	0,6
Otras	8	5,1	2	1,3
Sin complicaciones	111	76,7	123	83,3
Total	148	100,0	148	100,0

TABLA 5. *Complicaciones en el recién nacido*

Complicaciones	Grupo de estudio		Grupo control	
	estudio	%	control	%
Membrana hialina	6	4,0	4	2,7
Apgar bajo	6	4,0	2	1,3
Dificultad respiratoria	4	2,7	2	1,3
Íctero	8	5,4	5	3,1
Sin complicaciones	132	80,5	140	90,3
Total	156		153	

* En un mismo recién nacido con comitaron a veces varias complicaciones.

DISCUSIÓN

Es un hecho evidente que la preocupación por la salud de los adolescentes ha ido ganando en interés y adeptos a nivel mundial en los últimos tiempos, y que progresivamente se ha comenzado a tomar conciencia sobre los problemas relacionados con los jóvenes, de forma tal que desde 1988 se iniciaron intensas discusiones técnicas al respecto en el seno de la Organización Mundial de la Salud.⁸

En los Estados Unidos, de un millón de embarazos anuales en la adolescencia, alrededor de 500 mil resultan en nacimien-

tos vivos; pero estas gestantes se hallan expuestas a riesgos médicos, sociales y económicos, tanto para ellas como sus hijos.³ En Canadá,² la incidencia de este fenómeno es de 90 por cada 1 000 muchachas de 19 años de edad, lo cual suele ser un hecho bastante común en países desarrollados.⁹

Las adolescentes de hoy en día tienen mayores posibilidades de enfrentar la gravidez, deseada o no, pero el propio proceso acarrea, entre otros problemas: alto riesgo obstétrico, concepciones prematrimoniales, matrimonio o unión precoz, mayor índice de separación marital, incremento del aborto y sus secuelas, deserción escolar o desvinculación laboral, así como incremento de la morbilidad y mortalidad perinatal y materno infantil.⁸

En nuestra serie, para nada ajena a esas situaciones, más de las tres cuartas partes de las integrantes del grupo de estudio no estudiaban ni trabajaban por tener que ocuparse del cuidado del bebé. Al respecto, algunos autores^{1,2} estiman que el embarazo y el parto alteran el desarrollo psicosocial normal de las adolescentes y que los conflictos escolares y familiares resultan inevitables e influyen notablemente en su preparación técnica y profesional.

En un estudio efectuado en Bayamo³ se halló que 65,6 % de las adolescentes embarazadas eran amas de casa, en contraste con 24,6 % de las gestantes mayores de 19 años, puesto que 67,2 % de estas últimas tenían vínculo laboral y, por tanto, independencia económica. En nuestra casuística, más de la mitad de las muchachas dependían de la ayuda monetaria proveniente de sus familiares; y alrededor de la tercera parte, de su compañero sexual.

La maternidad en las adolescentes implica un riesgo para su salud y la del producto desde que comienza a gestarse, pues casi siempre son embarazos no de-

seados u ocultos, que impiden que reciban a tiempo una adecuada atención prenatal. En nuestro estudio, la tercera parte de las jovencitas ocultaban su estado o ya se encontraban en una fase avanzada de la gravidez al ser captadas, lo cual incidió no sólo en que la anemia y la preeclampsia ocuparan los primeros lugares entre las complicaciones, sino que fuera preciso realizar cesárea u otras maniobras en 9,4 % de ellas.

En Brasil⁶ se halló una gran proporción de partos quirúrgicos e instrumentados, toxemia, anemia, hemorragia e infecciones posparto en un grupo de adolescentes embarazadas con respecto a igual número de gestantes adultas.

Pérez Queda y otros⁷ comprobaron que 46,4 % de las gestantes menores de 20 años investigadas por ellos, presentaron complicaciones durante el embarazo, fundamentalmente dadas por anemia, sepsis urinaria y amenaza de parto pretérmino. Según estos propios autores, la incidencia de recién nacidos con peso inferior a 2 500 g es mucho más elevada en las grávidas adolescentes que en las mujeres de mayor edad, así como también que alrededor del 6 % de los hijos de muchachas menores de 15, mueren durante el primer año de vida.

A nuestro juicio, independientemente de la labor realizada por los médicos y enfermeras de la familia con referencia a

la educación sexual y el empleo de anticonceptivos en la población estudiada, se impone estructurar programas sexológicos dirigidos y realizados por equipos multidisciplinarios, tal como ha sido planteado por la UNESCO, así como aclarar, coordinar y compartir todo lo relacionado con esa esfera; pero de lo que sí estamos seguros es de que Enfermería debe tomar su función orientadora, sobre todo en el sector primario de salud, a fin de evitar o disminuir las graves consecuencias de este problema para la humanidad en las próximas generaciones.⁵

Concluimos planteando que hubo una marcada incidencia de adolescentes embarazadas con 18 años o menos, lo cual implicó un mayor riesgo para el binomio madre-hijo, dado por complicaciones durante la gestación y el parto, así como en el recién nacido. Todavía no se ha explotado suficientemente el potencial de la educación sexual en el nivel de atención primaria.

RECOMENDACIONES

Intensificar la aplicación del programa de educación sexual en la comunidad, con la participación activa del personal de enfermería como miembro del equipo multidisciplinario de salud.

SUMMARY

A descriptive, cross-sectional and retrospective study of 14 adolescents that gave birth at the Maternal Hospital of Palma Soriano, province of Santiago de Cuba, during the first semester of 1995, was conducted. The control group was composed of the same number of mothers over 20. There was a relationship between the conception of pregnancy and the marital status of the adolescents, and between the deficient economic situation and the low level of employment. All this brought about a lot of maternal and fetal complications due to anemia, threatened abortion, preterm delivery, high index of cesarean sections, and newborns with an elevated morbidity and mortality caused by disease of the hyaline membrane and hypoxia, among others.

Subject headings: PREGNANCY IN ADOLESCENCE; SEX EDUCATION; CONTRACEPTIVE DEVICES, FEMALE; PREGNANCY, HIGH-RISK; STATISTICS; FAMILY PLANNING

REFERENCIASBIBLIOGRÁFICAS

1. Krause M. Algunos temas fundamentales de educación sexual. Embarazo en la adolescencia. La Habana: Científico-Técnica, 1988:12-21.
2. Grant L. Adolescent pregnancy. J SOGC 1994;16:2221-9.
3. Vázquez Márquez A, Cruz Chávez F de la, Almirall Chávez AM, Sánchez Pérez M. Repercusión materna del embarazo precoz. Rev Cubana Obstet Ginecol 1995;21(1-2):40-4.
4. Dueñas D, Silva Leal N, Sarmiento Barceló JA, Fernández Massó JR, Bustamante Frandenthaler L, Botana J. Status de crecimiento en embarazadas adolescentes: su relación con indicadores antropométricos. Rev Cubana Obstet Ginecol 1996;22(2):92-101.
5. Chirinos de Cova MA. Embarazo en la adolescencia. Rev Cubana Enferm 1992;8(1):50-62.
6. Alegría FV. Embarazo en adolescentes: un estudio comparativo. Rev Saude Publica 1989;23(6):473-7.
7. Pérez Queda R, Rosabal García F, Pérez Guerrero JL, Yabor Palomo A. Bajo peso al nacer y embarazo en la adolescencia en cinco consultorios del médico de familia. Rev Cubana Med Gen Integr 1995;11(3):239-45.
8. Peláez Mendoza J. Consideraciones del uso de anticonceptivos en la adolescencia. Rev Cubana Obstet Ginecol 1996;22(1):11-5.
9. BáezAE, Velázquez H. Un enfoque de riesgo para la maternidad temprana. Rev Cubana Enferm 1995;11(1):57-63.

Recibido: 7 de noviembre de 1997. Aprobado: 7 de enero de 1999.

Lic. *Martha Paz Fuentes*. Hospital Ginecoobstétrico Docente Palma Soriano, Santiago de Cuba, Cuba.