

Hospital Docente Ginecoobstétrico de Matanzas "Julio Alfonso Medina"

**GESTANTES ADOLESCENTES DESNUTRIDAS:  
SU COMPORTAMIENTO PERINATAL. ALGUNOS FACTORES  
CONCURRENTES**

*Dr. Jesús Hernández Cabrera,<sup>1</sup> Dra. Lissette Rodríguez Pérez,<sup>2</sup> Dra. Mercedes Sierra Velázquez,<sup>3</sup> Dra. Carmen J. Jiménez Sánchez<sup>4</sup> y Lic. Roberto Suárez Ojeda<sup>5</sup>*

**RESUMEN:** Se muestran los resultados del estudio efectuado en la consulta de nutrición, en el año 1996 en el Hospital Ginecoobstétrico de Matanzas, específicamente a las adolescentes grávidas (hasta 19 años) y que tuvieron su parto en ese período. Se habilitó un libro estadístico que permitió realizar una base de datos, con la que se obtuvo posteriormente mediante el sistema MicroStat, el hallazgo del porcentaje, medias aritméticas, el  $X^2$  y el test de proporciones. Demostramos la incidencia de nuestras adolescentes desnutridas y su comportamiento en indicadores de morbimortalidad perinatal y su correlación con variables de interés.

Descriptores DeCS: **TRASTORNOS NUTRICIONALES; EMBARAZO EN ADOLESCENCIA; FACTORES DE RIESGO; ESTADO CIVIL; ESCOLARIDAD.**

Un aumento en la incidencia y frecuencia a escala mundial del embarazo en edades tempranas de la vida<sup>1-14</sup> no es ajeno a nuestro país y desde la década del 70 en el plano personal para nuestra formación en los distintos niveles de atención que hemos trabajado.<sup>15-18</sup> (Hernández Cabrera J. Primípara juvenil. Factores psicossomáticos y socioambientales como resultado del embarazo y parto en la misma. Hospital Ginecoobstétrico Matanzas, 1977. TTR). Dos aspectos fundamentales que queremos destacar y que justifican el estudio son: el

médico, por las complicaciones en la clínica obstétrica, desnutrición materna, anemia, hipertensión, parto distócico, etc.<sup>1,3-5,10-15,19</sup> y el biopsicosocial que puede ser tan dañino como lo anterior; en realidad ambos pueden influenciar negativamente en los indicadores de morbimortalidad perinatal. Dada la presencia en consulta de un considerable número de embarazadas desnutridas, es que hacemos este estudio, para una vez conocida su incidencia correlacionar algunas variables de interés y conocer cómo se comportan nuestras gestantes adoles-

<sup>1</sup> Especialista de II Grado en Ginecoobstetricia.

<sup>2</sup> Residente de III año en Medicina General Integral.

<sup>3</sup> Especialista de I Grado en Higiene y Nutrición de los Alimentos. Centro de Higiene Provincial.

<sup>4</sup> Especialista de I Grado en Ginecoobstetricia.

<sup>5</sup> Licenciado en Matemáticas. Profesor Universidad de Matanzas. Asesor Estadístico.

centes desnutridas en nuestros indicadores de morbilidad perinatal.

## **Métodos**

Realizamos un estudio prospectivo descriptivo en el Hospital Docente Ginecoobstétrico de Matanzas "Julio Alfonso Medina" durante el año 1998, a toda gestante adolescente desnutrida (hasta 19 años) que asistió a la consulta de nutrición del centro y que ocurrió su parto en ese período referido. Se habilitó un libro registro, que organizó una base de datos mediante el cual posteriormente con el sistema MicroStat se procesaron en una computadora IBM de la Universidad de Matanzas, que permitió el hallazgo de: método de porcentaje, medias aritméticas,  $X^2$  y *test* de proporciones.

## **Resultados**

En la tabla 1 comparando las pacientes que parieron ese año en el centro con el total de desnutridas atendidas, agrupadas en grupos etáreos, se observa que el 25 % de la casuística de desnutridas corresponden a las adolescentes, que al aplicar el *test* de  $X^2$ , nos demuestra la significación estadística a considerar que estas tuvieron.

La bibliografía revisada destaca la importancia de la presencia y seguimiento de las adolescentes desnutridas y para los países que no tienen una metodología de atención prenatal como la nuestra<sup>20</sup> destacan la necesidad de poner esmero en la atención prenatal integral de este grupo específico.<sup>1-8</sup>

Al estudiar en la tabla 2 la relación entre paridad y vía del parto, encontramos que la mayoría de nuestras embarazadas adolescentes fueron primíparas, 79 para el

97,5 %, pero al aplicar el  $X^2$  no tuvo relación la paridad con vía del parto, predominando el parto transpélvico.

Estas variables son discutibles, pues muchos autores encuentran sus adolescentes primíparas<sup>1-3,13-18</sup>, así como destacan su influencia en el parto quirúrgico: por alteración en la presentación fetal y posición, alteración en la onda contráctil, estrechez del canal blando que favorece los desgarros y otros traumas,<sup>3,6,10,15</sup> mientras que otros autores reportan lo encontrado por nosotros en cuanto al parto transpélvico.<sup>1,11,13,14,16,17</sup> (Hernández Cabrera J. Primípara juvenil. Factores psicossomáticos y socioambientales como resultado del embarazo y parto en la misma. Hospital Docente Ginecoobstétrico Matanzas, 1997, TTR).

Estudiando en la tabla 3 algunas variables socioambientales y clínicas de la embarazada adolescente desnutrida encontramos:

*Estado civil*: al aplicar el *test* de proporciones existe mayor dependencia entre el grupo de estado civil soltera-unión consensual sobre el de casada.

*Escolaridad*: también aplicando el *test* de proporciones encontramos mayor valor de dependencia entre el grupo primaria-secundaria sobre los de un nivel superior.

La bibliografía hace referencia a estas 2 variables, como indispensables para lograr una correcta atención prenatal, el cumplimiento de estos y mejorar el impacto psicossocial del embarazo, sobre todo de ocultarse.<sup>1-3,5,8-10,14-17</sup>

Entidades nosológicas corresponde de forma porcentual por frecuencia a la desnutrición (en sus diferentes niveles acorde a la tabla cubana de *Berdasco*) siguiéndole la anemia, hipertensión y sepsis renal.

La bibliografía destaca la facilidad con que la desnutrida favorece a la enfermedad obstétrica sobre todo para hipertensión, desnutrición fetal y el hematoma

**TABLA 1. Relación de partos por grupos etáreos y la incidencia de las gestantes desnutridas.**

Grupo etáreo (años)	Total de paridas	Embarazadas desnutridas atendidas (%)	
		No desnutridas	
Hasta 19	416	335	81-25,0
20-34	2 714	2 526	188-58,0
Más de 35	111	56	55-16,9
<b>Total</b>	<b>3 241</b>		

$X^2= 262,92,5$        $df=2$        $p= 1,4 \times 10^{-13}$

Fuente: Historia clínica. Consulta de Nutrición. Departamento Archivo Estadística. Hospital Docente Ginecobstétrico de Matanzas.

**TABLA 2. Relación de la historia obstétrica con la vía de parto.**

Historia obstétrica	Tipo de parto							
			Eutócico		Instrumentado		Cesárea	
			No.	%	No.	%	No.	%
Historia de abortos previos y métodos	13	16,0	74	91,4	2	2,5	7	8,6
Con su primer parto	79	97,5	70	86,4	2	2,5	7	8,6
Con más de un parto	2	2,5	1	1,2	0	0	1	1,2
	81		71	87,6	2	2,5	8	9,9

$X^2= 3,725$        $p= 0,1553$       No significación.

retroplacentario, considerándolo como fallos en el mecanismo de adaptación circulatorio y cuyas manifestaciones pueden presentarse por separado o asociarse en el binomio como resultante.<sup>1-5,7,10,11,15-18</sup>

En las tablas 4 y 5 estudiamos los factores nutricionales de nuestras adolescentes grávidas y en la 4 la relación ganancia de peso y los diferentes niveles de desnutrición, además la necesidad de que estas ganen más de 8 kg de peso durante el proceso gravídico. Al aplicar el  $X^2$  no existe una relación aparente entre ganancia de peso y nivel de desnutrición acorde con la tabla Culma, lo cual no está conforme con la bibliografía revisada, que destaca que

además de la enfermedad obstétrica ya citada, las afecciones que son propiamente maternas: no ganancia de peso, la anemia, etc., favorecen el parto pretérmino, alteraciones en la onda contráctil a la rotura prematura de membranas, con la consecuente repercusión de bajo peso fetal,<sup>1-4,9-17</sup> además que predisponen al puerperio patológico de éstas por sepsis y hemorragias.

En la tabla 5 al relacionar el peso del neonato con la ganancia de peso materno, sólo 1 niño nació con peso menor de 2 500 g y al aplicar el  $X^2$ , no podemos afirmar que en esta muestra influyó la poca ganancia de peso en el neonato. Esto, al igual que lo anterior, no concuerda con la bibliografía revisada.<sup>1-8,10-12,14-17</sup>

**TABLA 3. Indicadores biosociales y entidades nosológicas.**

A. Estado civil de las adolescentes desnutridas		
	No.	%
Casadas	33	40,7
Solteras	26	32,1
Unión consensual	22	27,2
	81	
H <sub>0</sub> =p ≤ 0,5 H <sub>1</sub> = p> 0,5 Z= 6,336		
B. Escolaridad de las adolescentes desnutridas		
	No.	%
Primaria	22	40,7
Secundaria	47	32,1
Preuniversitaria	6	
Universitaria	6	27,2
	81	
H <sub>0</sub> = p ≤ 0,5 H <sub>1</sub> = p> 0,5 Z=1,778		
C. Entidades nosológicas encontradas		
	No.	%
Desnutrición II-III NBP	21	25,9
Desnutrición III-NBP	20	24,7
Desnutrición IV NBP	32	39,5
Desnutrición-IV NBP	8	9,9
	81	
Anemia	38	46,9
Hipertensión	10	12,3
Sepsis renal	8	9,9
Modificación cervical	3	3,7
Serología reactiva	3	3,7
Carditis	1	1,2

Es posible que esto se deba a que son pacientes atendidas desde su principio de gravidez y se logra que ganen peso.

En la tabla 6 estudiando los indicadores de morbilidad perinatal del centro en general de todas las adolescentes atendidas o no en nuestra consulta, que parieron

en nuestro centro, observamos al aplicar X<sup>2</sup> la alta significación estadística negativa que estos tienen en nuestros indicadores de morbilidad perinatal.

Muchos autores hacen dependiente la hipoxia del parto de este grupo etáreo estudiado, condicionados por el bajo peso que favorece la asfixia perinatal y la muerte fetal.<sup>1,4,6-15</sup> Incluso los autores que no tienen una atención prenatal como la nuestra consideran un gran desafío el seguimiento de embarazadas adolescentes y promueven planes dirigidos a mejorar sobre todo la nutrición entre otros aspectos y verlo como un problema serio de salud que se debe resolver precisamente por su presencia negativa en los indicadores antes señalados.

Por tanto, concluimos que la adolescente desnutrida ocupó un lugar significativo dentro de las pacientes que parieron en el centro y dentro del grupo etáreo de las desnutridas. No influyó ni la paridad ni la vía del parto quirúrgico en este estudio. Estrecha relación de dependencia se encontró entre el estado civil soltera-unión consensual sobre el de casada; y la escolaridad primaria-secundaria sobre el nivel superior. Además de los diferentes niveles de desnutrición encontrados, seguidos por la anemia, hipertensión y sepsis renal, constituyeron las entidades nosológicas que con más frecuencia aparecieron. No se encontró relación de dependencia en cuanto a ganancia de peso materno y los diferentes niveles de desnutrición, así como tampoco en el peso del recién nacido. Se evidenció significativamente la participación negativa de los indicadores de morbilidad perinatal en el período estudiado.

**TABLA 4. Relación entre la ganancia del peso materno y el nivel de desnutrición.**

Ganancia de peso materno en kg	Niveles de desnutrición									
	II-III		III		IV		-IV			
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%		
- 8	5	6,2 %	-	-	1	1,2	3	3,7	1	1,2
8-10	21	25,9 %	2	2,5	7	8,6	10	12,3	2	2,5
+ 10	55	67,8 %	19	23,5	12	14,8	19	23,5	5	6,2
			21	25,9	20	24,7	32	39,5	8	9,9

X<sup>2</sup>= 2,542 p= 0,4666 No significación.

TABLA 5. Relación entre la ganancia de peso materno de las adolescentes desnutridas y el peso fetal.

Ganancia de peso materno en kg	Peso fetal al nacer			
	Hasta 2 499 g		Más de 2 500 g	
	No.	%	No.	%
> 8	5	6,17	1	1,2
8-10	21	25,9	-	-
+ de				
10	55	67,9	-	-
			55	67,9
			1	1,2
			80	98,8
			$\bar{X} = 2320$ g	$\bar{X} = 3210,5$ g

$X^2 = 3,358$      $p = 0,0669$     No significación.

### Recomendaciones

Continuar con un seguimiento especializado como hasta el presente con las embarazadas desnutridas y máxime si son adolescentes.

TABLA 6. Comportamiento de las adolescentes desnutridas en los indicadores de morbimortalidad del año 1996.

	Total de indicadores	Sin desnutrición	Incidencia de las adolescentes desnutridas
Fetal intermedia	28	26	2*
Fetal tardía	57	55	2
Neonatal	13	11	2*
Apgar bajo	102	98	4*
RNBP	267	258	9*

$X^2 = 28,514$      $df = 2$      $p = 9,813 \times 10^{-6}$

\* Atendidas en la consulta

Fuente: Historia clínica. Consulta de Nutrición. Departamento Archivo Estadística. Hospital Docente Ginecoobstétrico de Matanzas.

**SUMMARY:** The results of the study conducted at the Nutrition Department of the Gynecobstetric Hospital of Matanzas, in 1996, specifically among pregnant adolescents (up to 19 years old), who gave birth in that period are shown. A statistical book was prepared that allow to create a data base through which it was possible to obtain later by the MICROSTAT system the percentage, the arithmetic means, the  $X^2$  and the test of proportions. It is demonstrated the incidence of our malnourished adolescents and their behavior in indicators of perinatal morbimortality and their correlation with variables of interest.

Subject headings: **NUTRITION DISORDERS; PREGNANCY IN ADOLESCENCE; RISK FACTORS; MARITAL STATUS. EDUCATIONAL STATUS.**

### Referencias bibliográficas

- Messina Marilena. Programa de salud en adolescentes en Blumenau. ACM arq Catarin Méd 1993;22(1-2):17-28.
- Robinovich T, Piñero J, Fenelly D, Beard K. Efectos de la edad materna en el estado de salud del neonato; evidencia chilena. Rev Chil Obst Ginec 1994;59(4):293-300.
- Arcos Griffiths E. Embarazo en adolescentes, resultados del nivel primario de salud. Cuad Med Soc Santiago de Chile 1995;36(1):12-8.
- Arcos Griffiths E, Olivo Mardones A, Romero Zambrano J, Valdivia SJ et al. Relación entre el estado nutricional de la madre adolescente y el desarrollo neonatal. Bol Oficina Sanit Panam 1995;118(6):488-98.
- García Cardona M, Ávila R, Reyes López Fibardo T. Disponibilidad y uso del servicio de atención a la madre y al niño. Influencia del jefe de familia. Perinatal Reprod Hum 1995;9(1):29-36.
- Oliveros Donahue M, Lima Becerra C, Layra Ventura C. Análisis de la mortalidad perinatal

- durante dos décadas en el Hospital Edgardo Rebagliote Mortens. *Diagnóstico Perú*, 1993;32(1-3):210-20.
7. Ayllón Balnes G, Salvador Yamaguchi A. Recién nacidos de bajo peso. Factores asociados. *Ginec-Obst*. 1993(16):57-66.
  8. Alfaro N, Prado C, Orozco M. El control prenatal inadecuado como factor de riesgo de muerte fetal tardía. *Perinatal Reprod Hum* 1995;9(2):65-8.
  9. Cabezas Cruz E. Atención Primaria Materna Infantil en Cuba. *Rev Cubana Obstet Ginecol* 1987;13(2):256-77.
  10. Chio Naranjo I, Espinosa Tómes A, Pouymiro Betton T, Pérez Telfeto R et al. Mortalidad Perinatal en embarazos adolescentes. *Rev Cubana Obstet Ginecol* 1987;13(1):15-22.
  11. Pérez Pantoja J, García Borroto J. Primigesta adolescente. *Rev Cubana Obstet Ginecol* 1987;13(1):45-54.
  12. Caballero González J, Cruz Pérez R. La edad materna y su influencia en algunos trastornos perinatales. *Rev Cubana Obstet Ginecol* 1990;16(1):22-8.
  13. Peláez Mendoza J, Sarmiento Berceño J, de la Osa Carnosa R, Zambrano Cárdenas A. Cesárea en la adolescente: morbilidad materna y perinatal *Rev Cubana Obstet Ginecol* 1996;22(1):3-14.
  14. Peláez Mendoza J. Adolescente embarazada: características y riesgos. *Rev Cubana Obstet Ginecol* 1997;23(1):13-51.
  15. Hernández Cabrera J, García Ocegüera B, Menéndez Marques M. Algunos aspectos negativos del embarazo en adolescentes. *Rev Méd* 1989;17(4):49-62.
  16. Hernández Cabrera J, Mendoza Díaz D, Rendon García S, Cárdenas Larroudex E. et al. Comportamiento de las gestantes adolescentes en el quinquenio 1983-87. *Rev Cubana Obstet Ginecol* 1990; 16(3):45-53.
  17. Hernández Cabrera J, Cejas Rodríguez C, Pérez Hernández M, Mendoza Díaz D. Incidencia y repercusión de las captaciones tardías durante 1987. Policlínico "José L. Dubroq" Matanzas. *Rev Cubana Obstet Ginecol* 1990; 16(4):38-46.
  18. Hernández Cabrera J, Cejas Rodríguez C, Sierra Velázquez M, Siret Alfonso J, et al. Algunos factores biosociales a considerar en gestantes desnutridas. *Rev Med* 1989;17(5).
  19. Metodología de la atención prenatal. Manual de Diagnóstico y Tratamiento en Obstetricia y Perinatología. ECIMED. Habana 1997, Primera Parte, Cap. 5;35-46.

Recibido: 22 de septiembre de 1998. Aprobado: 30 de septiembre de 1998.

Dr. **Jesús Hernández Cabrera**. Hospital Docente Ginecoobstétrico de Matanzas, "Julio Alfonso Medina", Matanzas, Cuba.