

Revista Cubana de Pediatría

versión On-line ISSN 1561-3119

Rev Cubana Pediatr v.69 n.2 Ciudad de la Habana Mayo-ago. 1997

ARTÍCULOS ORIGINALES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS. FILIAL DE BAYAMO

Embarazo en la adolescencia: repercusión biosocial durante el primer año de vida

Dra. Ángela Vázquez Márquez,¹ Dr. Ángel Miguel Almirall Chávez,² Dra. Francisca de la Cruz Chávez² y Dr. Emilio Álvarez Amoedo²

RESUMEN

Se estudiaron 110 embarazadas de 12 a 19 años de edad y un grupo control con igual número de embarazadas mayores de 19 años, en 30 consultorios del Policlínico Comunitario "René Vallejo Ortiz" de la ciudad de Bayamo, provincia Granma, desde el 1. de septiembre de 1991 hasta el 31 de agosto de 1992. Se utilizó un formulario que incluía diferentes variables y se encontró que el 50,9 % de las adolescentes eran menores de 18 años y el 17,3 % de sus hijos resultaron ser de bajo peso al nacer; las causas de hospitalización más frecuentes en los niños fueron la enfermedad diarreica aguda, enfermedad respiratoria aguda y el bajo peso. El destete precoz, la desnutrición y las mayores dificultades para la ablactación y la higiene del niño se hallaron en las adolescentes. Se compararon los resultados con otros autores y se hicieron conclusiones.

Descriptores DeCS: EMBARAZO EN ADOLESCENCIA; PESO AL NACER; PRESENTACIÓN EN TRABAJO DE PARTO; ESTADO NUTRICIONAL; LACTANCIA MATERNA; HOSPITALIZACIÓN; CUIDADO DEL LACTANTE; VALORES SOCIALES; EDAD GESTACIONAL.

Al nivel mundial, el embarazo en la adolescencia sigue siendo un impedimento para mejorar la condición educativa, económica y social de la mujer y en el caso de los jóvenes, el matrimonio y la maternidad precoz limitan en alto grado las oportunidades de educación y empleo.¹

Es en Latinoamérica donde el incremento de la reproducción se ve más frecuente en mujeres jóvenes, económicamente comprometidas y dependientes.²

La primiparidad precoz constituye un factor predisponente fundamental en la prematuridad y por tanto, los hijos de estas madres tan jóvenes tienen mayores posibilidades de morir y otros de someterse a los riesgos del abandono.^{3,4}

Iffy⁵ señala que los riesgos de los niños de madres adolescentes son muchos, pero los más significativos son el parto prematuro, bajo peso al nacer, mala nutrición y mayor posibilidad de abuso y negligencia en el cuidado del niño.

En Michigan, se realizó un estudio entre hermanos que tuvieron el primer parto a diferentes edades y se puso de manifiesto las desventajas de salud de los niños nacidos de madres adolescentes.⁶

En un estudio realizado en Paraguay⁷ sobre lactantes hijos de madres adolescentes, se encontró que son más los riesgos psicosociales maternos que los biológicos los que inciden en forma negativa en el niño, para llegar a afectar fundamentalmente su nutrición, crecimiento y desarrollo psicomotor.

Se han hallado en los hijos de los adolescentes puntajes bajos en el coeficiente intelectual y desarrollo emocional y en algunos países el rechazo social y desventajas legales, lo cual agrava la situación económica tanto de la madre como del hijo⁸ (*Monroy de Velazco A. Consecuencia de la crianza durante la adolescencia. Salud, sexualidad y adolescencia. [Centro de Orientación para Adolescentes, 1988:173-9]*).

En el marco de la salud pública en Cuba, el médico de la familia desempeña un importante papel en la atención de las adolescentes, así como en la supervivencia y desarrollo de sus hijos.⁸

Como el embarazo en la adolescencia constituye un indicador negativo de salud, se decidió realizar este trabajo para conocer cómo influye éste en el niño hasta el primer año de vida.

MÉTODOS

Se realizó un estudio prospectivo, longitudinal, descriptivo y comparativo en 110 embarazadas de 12 a 19 años de edad, a las cuales se consideró como los casos y un grupo control con igual número de embarazadas mayores de 19 años que no tuvieron embarazo en la adolescencia. Esta muestra fue recogida en 30 consultorios del médico de la familia correspondientes al Policlínico Comunitario "René Vallejo Ortiz" de la ciudad de Bayamo, provincia Granma, desde el 1. de septiembre de 1991 hasta el 31 de agosto de 1992 (tabla 1).

TABLA 1. Distribución de embarazadas según edad

Casos			Controles		
Edad	No.	%	Edad	No.	%
13	1	0,9	20-24	55	50
14	1	0,9	25-29	35	31,8
15	11	10,0	30-34	12	10,9
16	20	18,2	35-39	8	7,3
17	23	20,9			
18	22	20,0			

19	32	29,1			
Total	110	100	Total	110	100

Los datos fueron recogidos en un formulario que incluía diferentes variables (anexo), los cuales se obtuvieron mediante el interrogatorio a las gestantes, tarjetón de embarazada, carné del recién nacido, historia clínica ambulatoria del niño, visita al terreno y entrevista a las madres de los niños que tenían como mínimo 4 meses, para poder precisar el tiempo de la lactancia materna.

Analizadas las diferentes variables, se tabularon por el método de los palotes y se hallaron los porcentajes con una calculadora manual.

Para determinar la asociación entre las variables se utilizó la prueba de chi cuadrado (X^2). En los casos donde no se pudo aplicar esta prueba por sus limitaciones (tablas 2, 3 y 4), se procedió a realizar un *test* de comparación de proporciones, tomando como significativo $\alpha < 0,05$ y muy significativo $\alpha < 0,01$, y se comparó en cada caso las proporciones de cada uno de los estratos para cada grupo de estudio (casos y controles) y además se compararon las proporciones totales de cada estrato; para esto se utilizó el programa MICROSTAT.

TABLA 2. Relación de las semanas de gestación con el peso al nacer

Semanas	Casos				Controles			
	- 2 500 g		2 500 g y más		- 2 500 g		2 500 g y más	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
28-36	4	3,6	15*	13,6	4	3,6	9*	8,2
37-42	15	13,7	37	66,4	8	7,3	87	79,1
Más de 42	-	-	3	2,7	-	-	2	1,8
Total	19	17,3	91	82,7	12	10,9	98	89,1

* Muy significativo: $\alpha < 0,01$.

TABLA 3. Causas de hospitalización en los niños

Causas	Casos		Controles	
	No.	%	No.	%
EDA	29	26,3	19	17,2
ERA	20	18,1	12	10,9
Bajo peso	19	17,3	12	10,9
Íctero	4	3,6**	2	1,8**
Asma bronquial	3	2,7	4	3,6
Otras	10	9,0*	11	9,9*

* Significativo: $\alpha < 0,05$. ** Muy significativo: $\alpha < 0,01$.

TABLA 4. Relación entre la evaluación nutricional de los niños y el tiempo de lactancia materna

Evaluación nutricional	Lactancia materna							
	Casos				Controles			
	- 4 meses		4 meses		- 4 meses		4 meses	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Obeso	-	-	3*	2,7	-	-	5*	4,6
Sobrepeso	2	1,8	7	6,4	-	-	10	9,1
Normo-peso	16	14,6	54	49,1	13	11,8	67	60,9
Delgados y desnutridos	23	20,9	5**	4,5	13	11,8	2**	1,8
Total	41	37,3*	69	62,7	26	23,6*	84	76,4

* Significativo: $\alpha < 0,05$. ** Muy significativo: $\alpha < 0,01$.

Se confeccionaron tablas y se compararon los resultados con otros autores lo cual permitió llegar a conclusiones.

RESULTADOS

La edad materna que predominó en las adolescentes fue el grupo de 19 años con el 29,1 %, pero el 50,9 % lo constituían menores de 18 años. No se encontró ningún caso de 12 años. La muestra estudiada representó el 64,7 % del total de embarazadas adolescentes del policlínico en este período.

En los controles el grupo de 20 a 24 años representó el 50 %, seguido de los que tenían de 25 a 29 años con el 31,8 %. Entre 30 y 39 años se halló el 18,2 %, y no existieron otras de mayor edad (tabla 1).

Cuando se relaciona la edad gestacional al parto con el peso al nacer en la tabla 2, se observa que el 17,3 % de los hijos de las adolescentes pesaron menos de 2 500 g y de ellos el 13,7 % fueron de bajo peso para su edad gestacional. En los controles el bajo peso se comportó en el 10,9 %.

En la tabla 3 se relaciona la edad materna con las causas de hospitalización de los niños, que predominaron en los hijos de las adolescentes. Las causas más frecuentes fueron: enfermedad diarreica aguda, enfermedad respiratoria aguda y bajo peso al nacer.

La tabla 4 muestra el estado nutricional de los niños con el tiempo de lactancia materna; en ésta se aprecia que la mayoría en ambos grupos lactaron a sus hijos hasta los 4 meses, con predominio de los normopesos. Sin embargo, el 37,3 % de las adolescentes hicieron el destete antes de los 4 meses, para existir diferencias significativas con respecto a los controles; además el 20,9 % de sus hijos eran delgados y desnutridos.

También se analizó el comportamiento de la ablactación en los niños estudiados, la cual fue adecuada en el 80 % del grupo control, con predominio sobre las adolescentes que sólo fue de 62,7 %; existió en éstas últimas el 37,3 % que no fue adecuado. Estos resultados tuvieron significación estadística ($X^2= 7,99$) y ($p = 0,004$).

Se relacionó en la tabla 5 el estado higiénico de los niños y del medio ambiente que los rodea con la edad materna y se encontró que el 47,3 % no era adecuado en los hijos de las adolescentes y en los controles el 24,5 %. Estos resultados tuvieron una significación estadística de ($X^2= 12,29$) y ($p= 0,004$).

TABLA 5. Estado higiénico de los niños y del hogar

Higiene adecuada	Casos		Controles	
	No.	%	No.	%
Sí	58	52,7	83	75,5
No	52	47,3	27	24,5
Total	110	100	110	100

$$X^2 = 12,29. p = 0,004.$$

DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos en la tabla 1 se corresponden con otros autores como *Aramayo*⁹ que halló en su trabajo sobre embarazo y adolescencia un predominio en los grupos de 18 y 19 años. *Sarmiento Brooks*¹⁰ reportó el 24,3 % menores de 20 años en el momento del parto y de ellas el 12,9 % no superaba los 17 años.

Cuando se analizaron en la tabla 2 los recién nacidos de bajo peso en el grupo control, se encontró que las madres sólo tenían de 20 a 21 años, o sea, que a pesar de estar comprendidas en la edad óptima para el parto, eran las más jóvenes.

A pesar de que hubo diferencias estadísticas muy significativas entre casos y controles en el grupo de 28 a 36 semanas y 2 500 g de peso y más, no se puede descartar la posibilidad del error menstrual, fundamentalmente en las adolescentes por su inmadurez biológica y psicológica.

*Dreyfus*³ e *Iffy*⁵ señalan que debido a la inmadurez de la adolescente embarazada, existe el riesgo de aborto y prematuridad.

Otros autores^{10,11} afirman la existencia de una relación marcada entre la edad materna y la incidencia de bajo peso al nacer.

En la tabla 3 se encontraron diferencias muy significativas en el útero y significativa en el grupo de otras causas.

En este último lo fundamental fue la sepsis urinaria, convulsiones y meningoencefalitis que al igual que el útero no guardan relación directa con la edad materna.

*Romero*¹² apreció en su estudio el 18,5 % de hospitalizaciones en los niños de las adolescentes, fundamentalmente por enfermedades respiratorias agudas.

*Valenzuela*¹³ obtuvo en su trabajo que el 15 % de los niños tuvieron necesidad de hospitalización en el primer año de vida.

Es necesario señalar, que a pesar de que no se le pudo poner el esquema de vacunación completo a una gran mayoría de los niños estudiados por existir déficit de algunas de ellas, no se verificó ningún caso que presentara enfermedades prevenibles por estas vacunas.

Al observar la tabla 4, se ven diferencias muy significativas en el grupo que lactó los 4 meses para los casos y los controles, con niños delgados y desnutridos y significativo en el grupo de los obesos.

Esto se puede explicar por la presencia de riesgos sociales y factores genéticos que influyeron en este estado.

Se considera que el equipo de salud del área ha desempeñado un importante papel para lograr que el mayor tanto por ciento mantuviera la lactancia materna hasta los 4 meses.

Los beneficios de la lactancia natural están demostrados y si a esto se une el deseo materno de amamantar a su hijo, influye positivamente y se desarrolla mejor el niño.¹⁴

*Macías Menéndez*¹⁵ encontró que el tiempo de lactancia materna es mayor en las mujeres que residen en la región oriental y de éstas las más jóvenes, sobre las que recae el mayor peso de la fecundidad actual y practican más la lactancia que las mujeres de generaciones anteriores, lo que habla a favor de una mayor educación sanitaria.

*Rodríguez*¹⁶ señala la importancia de la educación sobre la lactancia materna a los profesionales de la salud, para lograr una mejor proporción.

También se analizaron los niños que no tuvieron una ablactación adecuada, tanto en los casos como en los controles, para coincidir en su mayoría con madres que trabajan y sus hijos se quedaban al cuidado de otras personas.

El niño para crecer sano y feliz, necesita cuidado y dedicación y los niños no deseados se ven privados de estas atenciones. Esto es frecuente hallarlo cuando las mujeres quedan embarazadas sin quererlo o no pudieron lograr que se les hiciera una interrupción.⁴

Al analizar la tabla 5 se encontró en el grupo de las adolescentes que 8 niños eran rechazados por los familiares y 1 de ellos abandonado por sus progenitores.

El medio natural donde se debe formar y consolidar la personalidad del niño es con sus padres, y es esto afectado en los matrimonios precoces.¹⁷

Anexo

- Edad materna: _____

- Edad gestacional al parto:

28 a 36 semanas: _____

37 a 42 semanas: _____

Más de 42 semanas: _____

- Tipo de parto:

Eutócico: _____

Cesárea: _____

Fórceps: _____

Pelviana: _____

- Peso al nacer:

2 500 gramos: _____

2 500 gramos y más: _____

- Causas de hospitalización en los niños: _____

- Lactancia materna: Sí _____ No _____

Tiempo: 4 meses: _____

Menos de 4 meses: _____

- Evaluación nutricional:

Obeso: _____

Sobrepeso: _____

Normopeso: _____

Delgado y desnutrido: _____

- Ablactación adecuada: Sí _____ No _____

- Estado higiénico de los niños y el ambiente adecuado: Sí _____ No _____

SUMMARY

110 pregnant women between 12 and 19 years old and a control group with the same number of gravid women over 19 were studied in 30 physicians' offices of the "René Vallejo Ortiz" Community Polyclinic in the city of Bayamo, Granma province, from September 1, 1991, to August 31, 1992. A questionnaire including different variables was used. It was found that 50.9 % of the adolescents were under 18 and that 17.3 % of their children had low birth weight. The most frequent causes of hospitalization among infants were the acute diarrheal disease, the acute respiratory disease, and low weight. Early warning, malnutrition and the greatest difficulties for the ablactation and the infant's hygiene were found in the adolescents. The results were compared with other authors and conclusions were reached.

Subject headings: PREGNANCY IN ADOLESCENCE; BIRTH WEIGHT; LABOR PRESENTATION; NUTRITIONAL STATUS; BREAST FEEDING; HOSPITALIZATION; INFANT CARE; SOCIAL VALUES; GESTATIONAL AGE.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Centro Nacional de Educación sexual. Adolescencia: sexología y sociedad. 1995;1(1):12-3.
2. Froneite Antique PJ. Situación perinatal. Evolución de la salud fetal. Puerto Cabello: s.n., 1992:31-41.
3. Dreyfus R. The underrated benefets of oral contraception: consequences of pregnancy and induced abortion in tunageos. Hospital Saint Louis. Int V Fertil 1992;37 (Supp 4):204-10.
4. Krause M. Algunos temas fundamentales sobre la educación sexual. La Habana: Editorial Científico-Técnica, 1985:20-30.
5. Iffy L, Kaminetzky HA. Embarazo en la adolescencia. En: Obstetricia y perinatología. s.l: Médica Panamericana, 1985:1386-9.
6. Geronimus AT, Korenman S. Maternal youth ar family bockoground? on the health disadvantages of infants with tunage mothers. Am J Epidemiol 1993; 137(2):231-50.
7. Prieto de Sosa RI. El hijo lactante de madres adolescentes. Am Fac Cienc Med 1988;20(½):151-68.
8. Teja Pérez J, Von Braumühl J, Jara Valencia J, Márquez MA. El plan del médico de la familia En: El plan del médico de la familia en Cuba. La Habana: UNICEF, UNFPA, OPS, OMS, MINSAP, 1991:13-25.
9. Aramayo Roo M, Yoksic Ferandy P. Embarazo y adolescencia. Rev Boliv Ginecol Obstet 1985;8(2):9-16.
10. Sarmiento Brooks G, Medicina de Domas J, Wong Hernández M, Muñoz P, Mayo Abad D, López Diazbelarde D. El recién nacido con bajo peso en el municipio de San Miguel del Padrón. Algunas consideraciones sociobiológicas. Rev Cubana Obstet Ginecol 1989;15(4):316-23.
11. Cuba: Ministerio de Salud Pública. Programa para la reducción del bajo peso al nacer. La Habana: MINSAP, 1993:1-3.
12. Romero MI, Yentzen G, Molina R. Características del primer año de vida de hijos de madres adolescentes. Cuad Med Soc 1984;23(3):124-9.
13. Valenzuela S, Abosca B, Ailloch E. Primer año de vida en hijos de adolescentes. Bol Hosp San Juan de Dios 1987;34(2):81-5.
14. Lucas A, Worley R, Cole TJ, Lister G, Lesson Payne C. La leche materna y el posterior cociente de inteligencia en niños nacidos antes del término de la gestación. Rev Cubana Med Gen Integr 1993;9(1):84-91.
15. Macias Menéndez Z. La lactancia materna. Rev Cubana Med Gen Integr 1990;6(1):119-123.
16. Rodríguez GR, Schalfer LA. Nuevos conceptos de lactancia, su promoción y la educación de los profesionales de la salud. Bol Of Sanit Panam 1991;111:1-15.
17. Álvarez Lajonchere C. El embarazo en la adolescencia. Repercusiones sociales del embarazo en la adolescencia. La Habana: Editorial Científico-Técnica, 1982:7-8.

Recibido: 31 de octubre de 1994. Aprobado: 17 de octubre de 1996.

Dra. *Angela Vázquez Márquez*. Facultad de Ciencias Médicas, Filial Bayamo. Bayamo, Granma. Cuba.

¹ Especialista de II Grado en Ginecoobstetricia. Asistente. Jefa del Departamento de Especialización de la Filial de Ciencias Médicas de Bayamo. Granma.

² Especialista de I Grado en Medicina General Integral.