

BAJO PESO AL NACER, EDAD GESTACIONAL Y RIESGO DE MUERTE NEONATAL EN HIJOS DE PRIMIGESTANTES ADOLESCENTES, EN EL HOSPITAL LA VICTORIA, DEL SERVICIO DE SALUD DE BOGOTA D.E.

Lola Cubillos de Donoso *

INTRODUCCION

La gestación en la adolescencia es un hecho que se observa cada vez con mayor frecuencia. Los trabajadores del área de la salud que nos desempeñamos en los servicios de control prenatal, salas de parto, puerperio y control de crecimiento y desarrollo, podemos apreciarlo más de cerca y con preocupación, por el impacto físico, emocional, económico y social que presenta el asumir la gestación en una etapa temprana de la vida.

La primera pregunta que surge es: ¿A qué corresponde este fenómeno?

En nuestro país recobra importancia como un tema de actualidad. Las instituciones que regulan los programas de salud comienzan a esbozar medidas tendientes a prevenir o a enfrentarlo cuando ya se ha presentado, mediante la creación de centros especializados dirigidos a este grupo de edad.

Entre los factores más mencionados como posibles causas de este fenómeno pueden citarse los siguientes:

1. El inicio precoz de la actividad sexual, como consecuencia del comienzo más temprano de la pubertad.
2. La influencia de los medios de comunicación, la publicidad y el comercio, en los jóvenes poniendo a su alcance toda clase de información sobre aspectos de tipo sexual que si bien en algunos casos puede ser realmente

* Profesora Asociada, Facultad de Enfermería. U. Nal., Especialista en Enfermería Perinatal.

instructiva y liberadora, en otros, por el contrario, sólo alcanzan el nivel de la pornografía, causando así confusión y desconcierto en los jóvenes, quienes precisamente por serlo, son innovadores, aventureros y deseosos de nuevas experiencias.

3. Las razones anteriores y las exigencias de la pulsión libidinal que ha alcanzado su expresión a través de la genitalidad, llegando a tener experiencias sexuales como una búsqueda de placer, de expresión de los impulsos sexuales, pero no con el deseo de constituir una pareja y menos asumir la responsabilidad de un hijo.
4. El cambio acelerado a que se ha visto sometida la sociedad occidental, en los últimos años, ha producido bruscas alteraciones en las estructuras sociales, en las formas de vida en los valores y en las relaciones familiares, creando confusión y ruptura en la comunicación entre las generaciones adultas y los jóvenes.
5. La escasa o nula orientación en aspectos de sexualidad por parte de las instituciones educativas y de la familia.

RIESGOS DE LA GESTACION EN LA ADOLESCENCIA

La gestación en la adolescencia acarrea secuelas de tipo médico, psicológico, social y económico.

El nacimiento prematuro, el aborto, la alta incidencia de pre-eclampsia, anemia, aborto laborioso, desproporción cefalopélvica, neonatos pequeños para la edad gestacional, se consideran posibles riesgos en la gestante adolescente.

Según Sinmens y Lamurs, la incidencia del parto laborioso o precipitado entre primigestantes adolescentes está en proporción inversa a la edad (1).

Buid, Hytlen y Thomson, han observado un índice de 7.5% de nacimientos de feto muerto por pre-eclampsia en adolescentes primíparas, en comparación con un 2.8% en primíparas de 20-24 años (2).

Más adelante, en el mismo estudio, los autores concluyen que en los embarazos de adolescentes de cualquier edad, y que concibieron en el término de dos años después de la menarquía, causaron doble incidencia de neonatos de bajo peso (2.500 kg o menos) (3).

Además de las mencionadas se han encontrado otras complicaciones tales como: desproporción cefalopélvica, por inmadurez de la pelvis. La mayor frecuencia se encuentra alrededor de 14-15 años; enfermedad hipertensiva de la gestación, ruptura prematura de membranas, hipodinamias, parto prematuro, retención de restos placentarios, endometritis puerperal, infección urinaria, desprendimiento prematuro de placenta, placenta previa (4).

Los recién nacidos de bajo peso tienen con frecuencia graves problemas para la adaptación a la vida extrauterina, tales como dificultad para mantener la función respiratoria, el manejo de la temperatura corporal, susceptibilidad al stress por frío, predisposición a la hemorragia intracraneana y pulmonar, retardo físico y mental. A estos se pueden agregar los riesgos emocionales derivados de la separación del binomio madre-hijo.

Atendiendo a esta situación, se plantean los siguientes propósitos y objetivos para el presente trabajo:

1. Estimar la proporción de bajo peso al nacer, edad gestacional y el riesgo de muerte neonatal en los hijos de primigestantes adolescentes en el Hospital de La Victoria, Regional No. 2 del Servicio de Salud de Bogotá, 1986.
2. Analizar algunas de las características socioculturales de la primigestante adolescente que solicita atención de parto en el Hospital de La Victoria.

Objetivos Específicos

1. Determinar la proporción de adolescentes primigestantes que son atendidas en salas de partos en el Hospital de La Victoria.
2. Determinar la proporción de niños con bajo peso en las primigestantes seleccionadas.
3. Clasificar al recién nacido de las primigestantes adolescentes según peso, edad gestacional y riesgo de muerte neonatal.
4. Establecer algunas características socioculturales de las adolescentes seleccionadas.

METODOLOGIA

Tipo de Diseño: El diseño corresponde, por su relación con el tiempo a un estudio de tipo prospectivo. De acuerdo a la forma de recolección de los datos es un estudio transversal.

Desde el punto de vista del diseño corresponde a un estudio descriptivo. El manejo estadístico se realizó mediante la aplicación de estadística descriptiva.

TECNICA DE RECOLECCION DE LOS DATOS

Se utilizó una técnica directa y presencial como es la encuesta, para lo cual se diseñó como instrumento un cuestionario de aplicación individual con su respectivo instructivo.

El cuestionario se elaboró en su gran mayoría con preguntas cerradas con tres o más categorías cada una. Contemplaba tres partes: la primera hace re-

ferencia a la identificación de la madre. La segunda a datos socioeconómicos y culturales de la madre y el cónyuge. En una tercera parte se incluyeron datos del recién nacido.

TECNICA INVESTIGATIVA

Las técnicas que se utilizaron fueron:

1. Entrevista: A las madres en salas de trabajo de parto y puerperio.
2. Observación: Se utilizó a través de todo el proceso desde la selección de la muestra, toma de peso, cálculo de la edad gestacional y en la entrevista a la madre.
3. Valoración: Igualmente se hizo uso de esta técnica tanto para la selección de la gestante como para el cálculo de la edad gestacional del recién nacido.

UNIVERSO

Mujeres gestantes que soliciten el servicio de parto en el Hospital de La Victoria, durante el tiempo de estudio.

POBLACION

Primigestante que soliciten el servicio de parto y cuyas edades sean entre 10 y 20 años.

MUESTRA

Adolescentes primigestantes cuyas edades oscilaban entre los 10 y 20 años y con las siguientes características: no fumadoras o con menos de tres cigarrillos diarios, con feto único vivo o muerto, sin patologías como hipertensión, diabetes y franca desnutrición, que acudieron al Hospital de La Victoria para solicitar atención de su parto durante el primer semestre de 1986, a partir del mes de marzo en el turno de la mañana los días martes, miércoles y jueves que coincidan con la práctica de los estudiantes de VI semestre en sala de partos.

ANALISIS E INTERPRETACION DE DATOS

A continuación se presenta un resumen de los hallazgos más importantes del presente estudio: estos se encuentran agrupados en tres áreas:

Comportamiento de las variables edad de la gestante y peso del recién nacido.

Características socioculturales de la adolescente y su cónyuge, se describen aspectos referentes a: nivel de instrucción, ocupación, convivencia

con el padre del niño, ayuda económica por parte de éste, estado civil, datos de la vivienda, tipo de unión de los padres de la gestante, percepción de la gestación, aceptación de su situación por parte de la familia, orientación sexual de la adolescente, uso de anticonceptivos y número de consultas prenatales.

Datos del Neonato: se tuvieron en cuenta aspectos como: sexo, tipo de nacimiento, estado del feto, edad gestacional, apgar al minuto, a los cinco minutos y riesgo de morir.

COMPORTAMIENTO DE LAS VARIABLES EDAD DE LA GESTANTE Y PESO DEL RECIEN NACIDO

En 1984 año en que se inició el estudio, se atendieron en el Hospital de La Victoria 7.076 partos de los cuales 2.053 (29.013%) correspondieron a mujeres adolescentes y de éstas 271 (13.2%) tuvieron hijos de bajo peso. Si se tiene en cuenta la severidad de las complicaciones que desarrollan estos neonatos, como el riesgo social de sus madres adolescentes, estas cifras son importantes y deben llamar la atención del profesional del área de la salud.

La edad de las 85 adolescentes seleccionadas en la muestra se encuentra distribuida de forma que un porcentaje alto de 61.18% (52), está comprendido entre 18-20 años, el 32.94% (27) entre 16 y 18 años, el 4.71% (5) entre 14 y 16 años y sólo el 1.18% (1) entre 12 y 14 años.

Respecto al peso de los recién nacido el 28.75% (23) tenían un peso menor o igual de 2.500 gr., el 66.25% (53) entre 2.500 y 3.500 gr., y un 5% (4) entre 3.500 y 4.500 gr.

Estos resultados pueden explicar en parte la baja correlación entre las variables peso del recién nacido y edad de la gestante, ya que un porcentaje alto de adolescentes se encuentran en el límite superior de la edad donde se espera que sea menor el riesgo de tener hijos de bajo peso.

CARACTERISTICAS SOCIOCULTURALES

- Nivel de Instrucción de la Gestante

Respecto al nivel de instrucción de los adolescentes un 83.53% (71) realizó quinto de primaria, el 38.82% (33) ninguno de secundaria, el 0.471% (4) alcanzaron el grado 11, ninguna llegó a la universidad, ni a un programa técnico. Además, cabe destacar que un 2.35% (2) era analfabeta y que sólo el 4.71% (4) como se mencionó, alcanzó el grado 11, el máximo nivel alcanzado en secundaria fue el 7 con un 22.35%.

- Nivel de Instrucción del Cónyuge

Con relación al cónyuge se encontró que el 17.65% (15) era analfabeta, el 76.07% (65) cursó el quinto año de primaria, respecto del nivel secundaria,

el 42.35% (36) no tenía ninguno, el 16.47% (14) cursó el grado 11, el 96.46% (82) no tiene estudio universitario, sólo un 0.118% (1) alcanzó el tercer año, igual en el nivel técnico, sólo el 1.18% (1) realizó dos años en esta modalidad.

Es importante hacer la observación que entre el grupo de mujeres sólo dos no tenían grado de instrucción a nivel primaria; en contraste con los hombres donde se encontraron 15. Con respecto a secundaria también hay un número mayor de hombres (36) que no cursó ningún año, respecto a las mujeres, éstas fueron 33, sin embargo, fueron los hombres quienes lograron cursar algún grado universitario o técnico.

- Ocupación de la Gestante y el Cónyuge

El mayor porcentaje de las mujeres se dedica al hogar 62%, un 8% al servicio doméstico, un 4% se define como independiente y en menor proporción su ocupación es el estudio y la oficina; con relación al cónyuge el 48.8% es identificado como obrero estable, un 6.3% como no estable, un 17.5% independiente y un 1.3% sin ocupación. Esto confirma que en el caso de que la adolescente no reciba apoyo económico del cónyuge, tiene que enfrentar un problema económico serio además del resto de consecuencias ya descritas.

- Vive con el Padre del Niño y Recibe Ayuda Económica

A la pregunta si vivía con el padre del niño y recibía ayuda económica en el momento de la entrevista, un 64% y un 72.5% respectivamente responde afirmativamente, mientras que un 21% y un 27.5% que no.

- Estado Civil

Se contemplaron como categorías: casada con un 15.0%, soltera con un 30% y unión libre con un 55%, es de anotar que el porcentaje de solteras es alto y que predomina la unión libre, siendo expresado sin ningún prejuicio a diferencia de años anteriores.

- Datos de la Vivienda

El inquilinato llena esta necesidad en un 53.8%, el 36.3% permanece en la casa de los padres, en un 8.8% las amigas son un apoyo importante. No se tuvo ningún dato de un 1.3%.

- Tipo de Unión de los Padres de la Gestante

Este punto se debe continuar analizando en próximos estudios como un factor de riesgo, ya que parece ser que el comportamiento sexual inadecuado o problemático del adolescente se encuentra estrechamente relacionado con la existencia de dificultades en la relación de pareja de sus padres, o a la ausencia de ésta. Llama la atención, que el 53.9% de adolescentes por diferentes motivos (23.8% fallecidos, 16.3% provienen de padres solteros y 13.8% de padres separados) poseen este factor.

- Orientación Sexual y Uso de Métodos Anticonceptivos

Aquí se crea otro gran interrogante, si un 45% tuvo información sexual por qué sólo un 6.2% utilizó alguno de los métodos? Es urgente profundizar y aclarar este interrogante mediante otros estudios que intenten evaluar el tipo de información impartida y la actitud del adolescente frente a los métodos de planificación.

- Ingiere Bebidas Alcohólicas y Tipo de Bebida

El 29.4% responde afirmativamente a la pregunta de si ingiere bebidas alcohólicas, especificándolas así: 22.5% toma aguardiente y el 8.8% cerveza.

- Fuma

A esta pregunta respondieron afirmativamente un 10.6% con las siguientes frecuencias: 5 cigarrillos una persona, 4 cigarrillos 2 personas, 3 cigarrillos 1 persona, dos cigarrillos 2 personas, 1 cigarrillo 3 personas. (Se excluyeron de la muestra los que fumaban 3 o más cigarrillos). En forma negativa respondieron el 89.4%.

- Percepción de la Gestación

Respecto a si el embarazo en el momento de la entrevista era percibido como deseado o como indeseado, un 87.1% respondió que era deseado y un 12.9% como indeseado, porcentaje alto si se reconoce lo que implica un rechazo no superado, para cualquier ser humano. Un seguimiento de este grupo seguramente mostraría, en el mejor de los casos, que se terminaría optando por la adopción o en los más graves en el maltrato y abandono.

- Aceptación de la Gestación

La aceptación de la gestación por parte de la familia de la adolescente en el momento de la entrevista hace suponer que se había superado la crisis que para la familia representa en la mayoría de los casos, puesto que un 95.3% había aceptación y sólo un 2.4% era indiferente y un 2.4% no había superado la situación, pues persistía el rechazo.

- Número de Consultas Prenatales

Este espacio de la consulta prenatal recobra mayor importancia si se tiene en cuenta que la gestante adolescente necesita mayor cantidad y calidad de atención como orientación y educación y al parecer hay aceptación por parte de ésta, ya que un 28.24% (24) tienen 6 o más controles, el 21.18% (18) 5 controles, el 24.71% (21) entre dos y tres, el 14.11% (12) entre 1 y 2 y sólo un 11.76% ninguno.

De todas maneras este 11.76% plantea que se deben buscar o reforzar los mecanismos de captación existentes dados los riesgos físicos, psicológicos y sociales que conlleva la gestación en la adolescencia.

DATOS DEL NEONATO

El 43.8% correspondían al sexo femenino y el 56.3% al masculino, 93.8% de ellos nacieron por vía vaginal, el 6.3% cesárea; 97.5% vivos y el 2.5% muertos.

- Clasificación del Recién Nacido según Edad Gestacional, Peso y Riesgo de Muerte Neonatal

A la valoración de la edad gestacional aplicando la tabla de Capurro, se encontró que un 39.76% (33) se encontraban en la semana 40, el 12.05 (1) en la semana 38 y en la 36 o menos un 7.22% y un dato importante que el 14.46% (12) se encontraron entre la 42 y 44 semanas. Importante si se tiene en cuenta que el riesgo para el recién nacido se eleva igual para corta edad gestacional como la postmadurez.

De los 80 casos el 8.75% (7) fueron pretérmino y de éstos el 85% (6) de bajo peso. El 91.25% (73) fueron de término y de éste el 20.5% (15) de bajo peso. Como puede observarse, de los pretérmino un porcentaje alto corresponden a bajo peso, lo que hace más crítica aún la situación para estos recién nacidos.

Al relacionar el peso con la edad gestacional, en la gráfica de la Doctora Lubchenco, permite establecer que a menor edad gestacional el riesgo de morir es mayor, y ante un peso determinado la mortalidad disminuye a medida que avanza la gestación.

Puede observarse que los 22 casos de bajo peso se encuentran entre el percentil 90 y 10 que corresponde a lo adecuado para la edad gestacional y que por consiguiente no se encuentran en el grupo de mayor riesgo de morir.

BIBLIOGRAFIA

ALTHABE, Omar; SCHWARECZ, Ricardo. Aspectos Perinatales del Parto Prematuro. Buenos Aires. El Ateneo, 1978.

ARCHIVOS DE PEDIATRIA DEL URUGUAY. Organó Oficial de la Sociedad Uruguaya de Pediatría. Vol. 53. Julio-septiembre 1982, No. 3.

———. Causas de Muerte en el Período Perinatal, Causas de Muerte Neonatal, Estudio sobre 181 casos. Fernando Nañe Garzón y Miguel Martell. Vol. 47, No. 3, 1976, p. 111.

BARRERO, V. Carlos y PUTTER, R. Ruth. Datos del Peso al Nacer y de la Mortalidad en los Hospitales Utilizados como Indicadores de los Problemas de Salud de la Infancia. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. Vol. LXXVIII No. 2, Febrero de 1975.

BOLETIN MEDICO DEL HOSPITAL INFANTIL DE MEXICO. Suplemento 1 del Adolescente. Vol. XXXV, 1978.

CLINICA DE PERINATOLOGIA. El Neonato Diminuto. Sep. 177. México, Nueva Editorial Latinoamericana, S.A.

CLINICAS PEDIATRIAS DE NORTEAMERICA. Ginecología Pediátrica y de la Adolescente. México, Nueva Editorial Interamericana 1972.

———. Medicina del Adolescente. México, Nueva Editorial Interamericana, 1973.

———. Medicina de Adolescentes. Vol. 1. México, Nueva Editorial Interamericana, 1980.

DOLSON, Judy, Rn Bsn y LYNCH Peggy. Rn msm. Madres Adolescentes, Hijos de Alto Riesgo. Nursing 83, edición en español, noviembre de 1983, Vol. 1, No. 9, p. 5.

FESCINA, Ricardo Horacio. Introducción en Perinatología, Crecimiento Intrauterino. Publicación Científica No. 948. C/AP, Junio 1982. OMS/OPS.

GUTTERDIDGE, Frank. Experimentación en Seres Humanos, Normas Internacionales para la Investigación Biomédica Practicada en Seres Humanos. Educación Médica y Salud. OMS/OPS. Vol. 16, No. 2, 1982.

INVESTIGACION BIOMEDICA. Revisión de las Normas Éticas. Crónica de la OMS, 30, 1976.

Mc CLELLAND, Bradley. Conceptos Básicos de Estadística. Texto Programado el Manual Moderno, S.A. México, 1972.

PEREZ, Mirovete, Adolfo. Temas de Ética: El Consentimiento Informado del Sujeto en Investigación Experimental. Boletín Oficina Panamericana, 91 (4), 1981.

Protección de los Derechos Humanos en Experimentos Médicos. Crónica de la OMS, 33, 1979.

Revisión de Archivos de Perinatología del Uruguay de 1976 a 1982.

RITCHIE, J. WK y McLURW, B.C. El Problema del Lactante Pequeño para la Fecha. Ginecología y Obstetricia. Vol. 1, México, Nueva Editorial Latinoamericana, 1982.

RIVERON, Corteguerra R. y Otros. Mortalidad Infantil en Cuba. Rv. Cuba Pediátrica 49 (583). Vol. 55, No. 3, 1983 ISSN 0034 75 31.

SANCHEZ, A. Pérez. Perinatología, Publicaciones Técnicas Mediterráneo Ltda. Santiago de Chile, 1984.

Séptimo Programa General de Trabajo para el Período 1984-1989 OMS. Ginebra, 1982. Resolución WMA 3225 adoptado por la Asamblea Mundial de la Salud en Mayo de 1982.

SCHWAREZ, Ricardo; DIAZ, González Angel. Bajo Peso al Nacer y la Mortalidad en Maternidades de América Latina. Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano. OPS/OMS. Publicación Científica C/AP No. 975.

USANDIZAGA, José Antonio. Causas del Retardo de Crecimiento Intrauterino. México, Salvat Editores, Vol. 3, 1980.

VALLS, Altiniba O. Manifestaciones Clínicas del Recién Nacido con CRI. México, Salvat Editores, Vol. 3, 1980.

VILLARREAL, Graciela; GOMEZ DE ENRIQUEZ, Blanca. Anteproyecto y Diseño de Investigación. Acciones de Enfermería de Salud mental para Atender Situaciones de Crisis de Primigestantes Adolescentes Solteras. Bogotá, D.E., 10 de Noviembre de 1982.

