

**TITULO:** Comportamiento del Bajo Peso al Nacer en Gestantes Adolescentes. Policlínico "Mario Gutiérrez Ardaya". 2005-2009.

**TITLE:** Behavior of Low Birth Weight in Pregnant Adolescents. Polyclinic "Ardaya Gutierrez Mario". 2005-2009.

**AUTORES:** Dra. Melvis Sofía Garcés Rodríguez.

## RESUMEN

Presenta un estudio descriptivo sobre el comportamiento del bajo peso al nacer en gestantes adolescentes del Policlínico "Mario Gutiérrez Ardaya." El universo estuvo constituido por 60 gestantes adolescentes con recién nacidos de bajo peso al nacer y la muestra por 29 pacientes según criterios de inclusión y exclusión. Se analizaron variables como: edad, estado civil, formas clínicas, hábito de fumar y afecciones relacionadas con el embarazo. El año 2008 fue el que aportó más bajo peso al nacer y mayor número de gestantes adolescentes, predominando las solteras, la restricción del crecimiento intrauterino, las no fumadoras, y la pre eclampsia leve.

**PALABRAS CLAVES:** BAJO PESO AL NACER; GESTANTES ADOLESCENTES; HIPERTENSIÓN.

## ABSTRACT

A descriptive study on the behavior of low birthweight in pregnant teens Polyclinic Ardaya Mario Gutierrez is presented. "The universe consisted of 60 pregnant teenagers with newborns of low birth weight and the sample of 29 patients according to inclusion criteria and exclusion. Variables such as age, marital status, clinical symptoms, smoking and pregnancy-related conditions were analyzed. The year 2008 was the one that provided the highest low birth weight and increased number of pregnant teenagers; predominating single mothers, intrauterine growth restriction, nonsmokers, and mild preeclampsia.

**KEY WORDS:** LOW BIRTH WEIGHT; PREGNANT ADOLESCENTS; HYPERTENSION.

## INTRODUCCION.

El peso al nacer es, sin dudas, el determinante más importante de las posibilidades de un recién nacido de experimentar un crecimiento y desarrollo satisfactorios y uno de los indicadores más útiles para evaluar los resultados de la atención prenatal, las perspectivas de supervivencia infantil y la salud de éste durante su primer año de vida, por eso actualmente la tasa de recién nacido con bajo peso se considera como un indicador general de salud. Se sabe que el bajo peso al nacer (BPN) es de causa multifactorial, pues se debe tanto a problemas maternos como fetales, así como también ambientales. Dichos factores no son absolutos y varían de un lugar a otro, e influye de manera especial el nivel de desarrollo socioeconómico. Es innegable la influencia que éste tiene sobre las futuras generaciones, por lo que debe constituir el centro de los esfuerzos que el médico y la enfermera deben desarrollar en su prevención, sobre todo en la comunidad.<sup>1</sup> Es necesario señalar que a pesar de ser Cuba un país en vías de desarrollo, el índice de bajo peso al nacer se comporta de forma similar e incluso más bajo que el de países industrializados, por ejemplo fue de 6,5 en el año 2000, con una disminución progresiva en el último quinquenio logrando en el 2005 una reducción de este índice hasta 5,5 y en el año 2009 fue de 5,4. De forma general, el promedio es por debajo de 7 %. Los principales factores de riesgo de bajo peso al nacer en Cuba son múltiples, y el más frecuentes el embarazo en la adolescencia.

La Organización Mundial de la Salud (O.M.S), con fines estadísticos define al adolescente como la persona que ya cumplió los 10 años de edad y aún no ha cumplido los 20 años, en nuestro país aproximadamente el 25 % de la población está incluida dentro de este grupo etáreo. La adolescencia es la etapa de la vida del ser humano caracterizada por profundos y complejos cambios fisiológicos, anatómicos, psicológicos y sociales que culminan en la transformación de quienes hasta ahora fueron niñas en adultas. El embarazo a cualquier edad, principalmente en la adolescencia, es un proceso biopsicosocial de suma importancia con repercusión tanto en el presente como

---

<sup>1</sup> Peraza Roque, G. Factores asociados al bajo peso al nacer, p.490.

en el futuro de la madre, el niño, y la sociedad, debido a que las madres en estas edades no han completado el crecimiento y desarrollo de los órganos del aparato reproductor, por lo que pueden presentar diferentes complicaciones durante la gestación.<sup>2</sup>

Aunque existen variaciones individuales, el crecimiento de la adolescente no suele finalizar hasta 4 años después de la menarquía y durante este período la gestación supone una sobrecarga nutricional y explica que el 10 % de los recién nacidos de madres entre 15 y 19 años tengan bajo peso al nacimiento. En el año 1973, en Cuba, de cada 100 partos 22 correspondieron a madres menores de 20 años de edad. En años recientes, estudios parciales demuestran que la proporción de madres adolescentes ha continuado aumentando en nuestro país, lo cual constituye la mitad de los nacimientos, el 80 % de ellas tiene riesgo de tener hijos con peso menor 2500g. Desde el 2005 hasta la fecha han nacido más de 400 000 niños de madres menores de 19 años.

La provincia y el municipio han mantenido durante estos años un comportamiento semejante a la media nacional; el área de salud alcanzó en el 2005 un índice de 4.5, y en el 2009 de 5,3. Relacionado con los partos en las adolescentes en el período estudiado tanto la provincia como el municipio obtuvo el 20.2% y en el área se alcanza el 25.3%.

Está demostrado que existen factores maternos asociados al bajo peso al nacer en las adolescentes y que en el área es un problema identificado, lo que motivó a realizar una descripción de su comportamiento en las gestantes adolescentes cuyo producto de la concepción tuvo un peso al nacer inferior a 2500 gramos.

## **MATERIALES Y MÉTODOS**

Se realizó un estudio descriptivo sobre el comportamiento del bajo peso al nacer en gestantes adolescentes del Policlínico “Mario Gutiérrez Ardaya”, Holguín, 2005-2009. El universo estuvo constituido por 60 gestantes adolescentes que recibieron atención prenatal durante el período de estudio y aportaron un recién nacido de peso inferior a 2500gr al nacer y la muestra dada

---

<sup>2</sup> Mirabal Martínez, G. Repercusión biológica, psicológica y social del embarazo en la adolescencia, p. 175

por 29 pacientes, según criterios de inclusión y exclusión. Utilizamos diferentes variables como la edad, estado civil, formas clínicas del BPN, hábito de fumar y afecciones relacionadas con el embarazo. Fueron revisados los datos estadísticos del área relacionado con el bajo peso al nacer y embarazo en la adolescencia; el registro de fechas probables de parto en el departamento de Estadísticas del Policlínico y los carné obstétricos de las gestantes adolescentes. Se confeccionó una base de datos con la ayuda de Microsoft Excel (Office XP, 2003) utilizando una computadora Hanel. Los datos fueron procesados mediante métodos de estadística descriptiva como números absolutos y cálculo de por ciento. Los resultados se presentan en tablas estadísticas. Para dar cumplimiento a los aspectos éticos se tuvo en cuenta los principios éticos de la Declaración de Helsinki.

## **RESULTADOS DEL TRABAJO**

Para mostrar la incidencia del embarazo en la adolescencia y el bajo peso al nacer durante los años 2005-2009 (periodo en que el área de salud obtuvo un total de 2742 nacidos vivos, con 110 bajo peso al nacer y de ellos 444 fueron adolescentes que aportaron 29 bajo peso) se realizó la tabla I donde predominó el año 2008 con el 22,52% de gestantes adolescentes, y el 31,03% de bajo peso al nacer, lo que demuestra que ambas entidades están estrechamente relacionadas por lo que a medida que aumenta el número de adolescentes embarazadas aumenta el porcentaje de recién nacidos con bajo peso al nacer. Resultados similares se obtienen en diversos estudios. Según cálculos, en el mundo se realizan diariamente unos 100 000 000 de coitos, de los que resultan aproximadamente 100 000 embarazos, de estos uno de cada 200 no está planificado y uno de cada 400 no es deseado, en este grupo por supuesto están incluidas las adolescentes, que de hecho no son pocas, se informa además que diariamente se producen 500 muertes relacionadas con el proceder del aborto y otras 1600 por causas relacionadas con el embarazo, parto y sus complicaciones.

En la tabla II se distribuyó el BPN y el estado civil según grupo de edades y el mayor resultado estuvo representado por el grupo de 15-19 años(o sea, la adolescencia intermedia y tardía) con el 65,52% de BPN y el 48,27% de solteras, no dejando de ser preocupante las menores de 15 años con un

34,48% de BPN, factor desfavorable ya que se conoce que mientras más cercano a la menarquía es el embarazo, al no tener las condiciones físicas y psicológicas requeridas, existe mayor riesgo de complicaciones maternas y neonatales. Los resultados de este estudio así como los de otras publicaciones aquí citadas, confirman que mientras más joven es la madre adolescente son mayores los factores de riesgo capaces de influir en el recién nacido e indican que la adolescencia con todas sus características constituye un problema del mundo actual al que debe dedicársele cada vez mayor atención para garantizar la salud integral de la población. Algunas de las razones médicas para evitar el embarazo en menores de 18 años, es que no se ha completado el desarrollo óseo y no se ha alcanzado la masa mineral máxima, así como la relativa inmadurez del canal del parto. Resulta esperado el resultado de la asociación del estado civil y la edad materna en las adolescentes ya que en estas edades hay una inmadurez biológica, psíquica y emocional no apropiada para mantener una relación de pareja estable, a esto se une que estas madres tienen un bajo nivel escolar y en muchos casos han abandonado la escuela, estas condiciones constituyen factores de riesgo asociados a la gestación precoz. Mirabal Martínez y otros demostraron que la unión consensual es alta en los matrimonios entre adolescentes como forma ilegal lo que lleva consigo un elevado número de divorcios siendo este un agravante de la situación familiar y social. Se debe seguir trabajando para mejorar este aspecto por lo importante que resulta para el niño que va a nacer y para la madre contar con la presencia de la figura del padre, aspecto fundamental para poder trabajar en el programa de Maternidad y Paternidad Consciente.

En la tabla III se analizó la distribución de las formas clínicas del bajo peso al nacer en gestantes adolescentes y se obtuvo el 48,28% correspondientes a la RCIU, fundamentalmente en el grupo de 15-19 años. Del 3 al 7% de los embarazos se ven complicados por un retardo del crecimiento fetal. Estos fetos tienen una tasa de mortalidad de 4 a 10 veces mayor que los de peso adecuado, tienen más riesgo de asfixia, hipoglicemia neonatal, trastornos neurológicos y del desarrollo, entre otros. Los resultados obtenidos coinciden con otros autores como López y Lugones.

El momento del embarazo supone una motivación especial para dejar de fumar. Al analizar la distribución del hábito de fumar en gestantes adolescentes

con bajo peso al nacer (tabla IV) predominaron las no fumadoras con el 51,73 %, pero nos llama la atención el 24,13% de fumadoras entre 15-19 años. Se ha demostrado que los hijos de las mujeres fumadoras pesan al nacer un promedio de 200 a 300 g menos que los descendientes de mujeres no fumadoras. Los productos tóxicos del cigarrillo acarrearán deterioro del lecho vascular y alteración circulatoria, lo que atenta contra la oxigenación y nutrición fetal. Los médicos de la familia y su equipo, que juegan un importante papel en la educación para la salud de la comunidad, deben trabajar con las embarazadas para que aquellas que fumen, abandonen este hábito tan dañino para la salud.

Analizando las afecciones relacionadas con el embarazo en gestantes adolescentes con bajo peso al nacer (tabla V) se obtuvo un predominio de los trastornos hipertensivos dependientes del embarazo, con el 34,50 % de pre eclampsia leve de forma general y el 31,03% de la forma grave en el grupo de 15-19 años, seguido por la anemia con un 51,73%. Entre el 5 y el 10% de los embarazos en adolescentes cursan con trastornos hipertensivos (50% pre eclampsia – eclampsia) y se invoca una falla en el mecanismo inmunológico adaptativo entre el organismo materno y su huésped, que puede estar relacionada con factores tales como la inmadurez del sistema inmunológico materno o, con una alteración funcional, que en parte podría estar asociada con una condición de mala nutrición materna, muy común en gestantes adolescentes. De las complicaciones obstétricas, los trastornos hipertensivos del embarazo tuvieron fuerte correlación con el bajo peso al nacer, probablemente causados por la disminución del flujo útero-placentario que puede afectar el crecimiento fetal y en la que el producto de la gestación se afecta tanto por la enfermedad como por los medicamentos necesarios para su control. La anemia, se ha asociado en varios estudios a prematuridad y bajo peso neonatal. Las anemias nutricionales son las más frecuentes en el embarazo, entre ellas la ferropénica representa aproximadamente el 75 % de todas las diagnosticadas y se debe fundamentalmente al incremento en la utilización de hierro (Fe). Resultados similares obtuvieron otros autores donde la distinguen como una de las complicaciones más frecuentes en el embarazo y más común en mujeres con dieta inadecuada, como es el caso de las menores de 20 años, donde los caprichos y malos hábitos alimentarios propios de la

edad contribuyen al déficit de hierro. En estos casos los riesgos nutricionales se incrementan, y además de la anemia existen otras carencias nutricionales específicas que colocan en peligro tanto el embarazo como su crecimiento y desarrollo.

**Tabla I:** Distribución de las gestantes adolescentes y BPN por años de estudio.

Años	Gestantes Adolescentes		BPN	
	No	%	No	%
2005	92	20,72	5	17,25
2006	89	20,05	5	17,25
2007	98	22,08	6	20,68
2008	100	22,52	9	31,03
2009	65	14,63	4	13,79
Total	444	100,00	29	100,00

Fuente: Registros estadísticos del área.

**Tabla II.** Distribución del BPN y estado civil según grupo de edades.

Grupo de edad	BPN		Estado civil				Total	
	No	%	Soltera		Casada		No	%
10-14 años	10	34,48	5	17,25	3	10,35	8	27,60
15-19 años	19	65,52	14	48,27	7	24,13	21	72,40
Total	29	100,00	19	65,52	10	34,48	29	100,00

Fuente: Carné obstétrico

**Tabla III.** Distribución de las formas clínicas en gestantes adolescentes con BPN según grupos de edades.

Grupo de Edad	Formas clínicas							
	Pretérmino		Pret- RCIU		RCIU		Total	
	No	%	No	%	No	%	No	%
10-14 años	3	10,34	2	6,90	6	20,69	11	37,93
15-19 años	4	13,79	-	-	14	48,28	18	62,07
Total	7	24,13	2	6,90	20	68,97	29	100,00

Fuente: Carné obstétrico.

**Tabla IV.** Distribución del hábito de fumar en gestantes adolescentes con BPN según grupo de edades

Grupo de edad	Hábito de fumar					
	Fumadoras		No fumadoras		Total	
	No	%	No	%	No	%
10-14 años	3	10,35	15	51,73	18	62,07
15-19 años	7	24,13	4	13,79	11	37,93
Total	10	34,48	19	65,52	29	100,00

Fuente: Carné obstétrico.

**Tabla V.** Distribución de afecciones relacionadas con el embarazo en gestantes adolescentes con BPN.

Afecciones relacionadas con el embarazo	Edades					
	10-14 años		15-19 años		Total	
	No	%	No	%	No	%
Pre eclampsia leve	5	17,25	5	17,25	10	34,50
Pre eclampsia grave	-	-	9	31,03	9	31,03
Anemia	5	17,25	10	34,48	15	51,73
Infección vaginal	2	6,89	4	13,79	6	20,69
ITU	2	6,89	2	6,89	4	13,79

Fuente: Carné obstétrico

n=29



## CONCLUSIONES

- ❖ El bajo peso al nacer relacionado con el embarazo en la adolescencia ha tenido una tendencia al ascenso en el área de salud.
- ❖ El bajo peso al nacer, las solteras y la RCIU predominaron en la adolescencia intermedia-tardía y las no fumadoras en la adolescencia precoz.
- ❖ La pre eclampsia leve y la anemia son las afecciones que más influencia tuvieron en las adolescentes con bajo peso al nacer.

## BIBLIOGRAFIA

1. Alonso Uría, R. N; Campo González, A; González Hernández, A. Seguimiento al hijo de madre adolescente. **Rev. Cub. MGI** 2005; 21 (5-6) [Seriada en línea] <http://www.scielo.sld.cu> [consultado: 5 dic. 2006].
2. Álvarez Sintés, Domínguez Dieppa. Temas de Medicina General Integral: atención al recién nacido pretérmino y de bajo peso. La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 2001. t.1
3. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Panorama Social de América Latina y el Caribe. Santiago de Chile: OMS; 2005.
4. Cuba. Ministerio de Salud Pública .Programa Nacional de Atención Materno Infantil. [Documento en línea] <http://www.sld.cu/> [consultado: 15 abr. 2007]
5. Cuba. Ministerio de [Salud Pública](#). Anuario estadístico de salud en [Cuba](#). [Documento en línea] <http://www.sld.cu/servicios/estadisticos> [Consultado: 22 ago.2005].
6. Cruz Laguna, G.M; Urribasterra Campos, A; González Balmaceda, A. Comportamiento del Bajo Peso al nacer: Hospital Docente "V.I.Lenin": 1999 -2003. **Correo Científico Médico** (Holguín) 2005, 9(2) [seriado en línea] <http://www.cocmed.sld.cu> [consultado: 11 mar. 2006]
7. Cruz Laguna, G. M; Uribasterra Campos, A; González Balmaceda, A. Morbilidad perinatal de la gestante adolescente. **Correo Científico**

- Médico** (Holguín) 2006, 10(1) [seriado en línea] <http://www.cocmed.sld.cu> [consultado: 15 abr. 2007]
8. García Fernández, Y; Fernández Ragi, R.N. El recién nacido pretérmino extremadamente bajo peso al nacer, un reto a la vida. **Rev. Cub. Pediatric** 2006; 78(3) [Disponible en]: <http://www.bvs.sld.cu> [consultado: 10 jun. 2008].
  9. Gómez Sosa, E. Embarazo en la adolescencia. **Rev. Cub. Obstet. Ginecol** (La Habana) 2004; 16 (2) [Seriada en línea] <http://scielo.sld.cu> [consultado: 25 feb.2006].
  10. Leal Soliguera, M. Bajo peso al nacer: una mirada desde la influencia de factores sociales. **Rev. Cub. Salud Pública** (La Habana) 2008; 34(1): [Seriada en línea] <http://scielo.sld.cu/> [consultado: 15 feb. 2009].
  11. López, José I; Lugones, M. Algunos factores maternos relacionados con el bajo peso al nacer. **Rev. Cub. Obstet. Ginecol.** (La Habana) 30(1): 120-131; abr. 2004.
  12. Mirabal Martínez, G; Martínez Nogueira, M; Pérez Domínguez, D. Repercusión biológica, psicológica y social del embarazo en la adolescencia. **Rev. Cub. Enfermería** (La Habana) 18 (3): 175-183, 2002.
  13. Navas Avalos, N; Castillo Hernández, F.A; Campos Martínez, V. Caracterización del Riesgo Preconcepcional. **Archivo Médico** (Camagüey) 2006; 10(2): [Disponible en]: <http://www.amc.sld.cu/> [consultado: 15 dic. 2008].
  14. Oliva Rodríguez, J. A. Trastornos Hipertensivos del Embarazo: temas de Obstetricia y Ginecología. [Documento en línea] <http://bvs.sld.cu/libros/E/publicación.htm> [consultado 24 mayo 2006].
  15. OMS, UNICEF. Nutrition for health and development, Rome, Italy: OMS, UNICEF; 2007.
  16. Peraza Roque, G.J; Pérez Delgado, S; Figueroa Barreto, Z.A. Factores asociados al bajo peso al nacer. **Rev. Cub. Med Gen Integr.** (La Habana) 17(5):490-496, 2001.
  17. Pérez Guirado, N. M; Presno Labrador, C; Sarmiento Brooks, G. El Recién nacido de bajo peso: algunas consideraciones epidemiológicas.

- Rev. Cubana MGI** 2005; 21(5-6): [Seriada en línea] <http://scielo.sld.cu/> [consultado: 5 dic. 2006].
18. Rodríguez Domínguez, P.L; Hernández Cabrera, J; Reyes Pérez, A. Bajo peso al nacer: algunos factores asociados a la madre. **Rev. Cub. Obstet. Ginecol** 2006; 32(3): [Seriada en línea] <http://bvs.sld.cu/> [consultado: 19 jul. 2007].
19. Rosell Juarte, E; López Montero, M; Trufero Cánovas, N. Efectos del Bajo Peso materno preconcepcional sobre el embarazo y el parto. **Archivo Médico** (Camagüey) 2006; 10 (4): [Seriada en línea] <http://bvs.sld.cu/> [consultado: 29 jul. 2007].
20. Sandoval Paredes, J; Mondragón Huertas, F; Ortiz García, M. Complicaciones materno perinatales del embarazo en primigestas adolescentes: Estudio caso-control. Trabajo libre ganador del premio al mejor trabajo de investigación del XVI Congreso de Obstetricia y Ginecología. **Rev. Per. Ginecol Obstet.** 2007; 53(1): [Seriada en línea] <http://scielo.sld.cu/> [consultado: 15 dic. 2008].
21. Sixto Burtelo, G; Zayas León, M; Valle Santalla, G. Resultados perinatales del Crecimiento Intrauterino Retardado. **Rev. Cub. Obstet. Ginecol** 2006, 32 (1): [Disponible en]: <http://scielo.sld.cu/> [consultado: 15 nov. 2008].
22. Vélez Gómez, M; Echavarría Restrepo, M; Hormaza Ángel, P. Prevalencia del Bajo Peso al Nacer y factores maternos asociados: unidad de atención y protección materno infantil de la clínica universitaria Bolivariana, Medellín, Colombia. **Rev. Colombiana Obstet. Ginecol** 57 (4): 264-270, 2006.

## DATOS DE LOS AUTORA

Nombre: Dra. Melvis Sofía Garcés Rodríguez.

Máster en Atención Integral a la Mujer. Especialista Primer Grado  
Gineco-Obstetricia. Instructor.

Correo: [melvis@cristal.hlg.sld.cu](mailto:melvis@cristal.hlg.sld.cu)

Centro de trabajo: Policlínico Mario Gutiérrez Ardaya. Dirección: Calle Patria  
No 40 La Plaquita.

Fecha de Recepción: 11 Abril 2010

Fecha de Aprobación: 19 Mayo 2010

Fecha de Publicación: 24 Diciembre 2010