

Implicații psihosomate ale sarcinii la adolescente în Maternitatea „Bucur”

Psychosomatic aspects of teenage pregnancies in “Bucur” Maternity

Ileana-Maria Conea^{1,2},
Gabriel Octavian Olaru^{1,2},
Gabriela Anton²,
Anca Daniela Stănescu^{1,2},
Liana Pleș^{1,2}

1. UMF „Carol Davila”,
București, România
2. Spitalul Clinic
de Urgență „Sf. Ioan”,
Maternitatea „Bucur”,
București, România

Autor de corespondență:
Dr. Liana Pleș
e-mail: liaples@
yahoo.com

Abstract

Our country reports one of the highest incidence in Europe of teenage pregnancy, the official incidence being about 39.7 per 1,000 live births. This is correlated with rural socioeconomic status and poor education and disorganized family environment. The retrospective study conducted between 2013-2015 in “Bucur” Maternity revealed an incidence of teenage pregnancy (12-18 years) of 3.86%, most young women living in rural areas. None of these patients received prenatal care in pregnancy. Most of these pregnant women came from rural areas and only 2 of them were enrolled in school. We noted that in 5 cases patients presented stillbirth. The way of birth registered a high incidence of caesarean section (62%) in the majority of situations due to fetal dystocia. In psychosocial terms, motherhood that occurs at very young ages can have a negative effect on women due to school dropout, high probability of living in poverty and unemployment. At the same time, children from minor mothers are more likely to become teenage parents themselves.

Keywords: prenatal care, teenage, caesarean delivery

Rezumat

Țara noastră se confruntă cu o incidență printre cele mai mari în Europa a sarcinii în rândul adolescentelor, cifrele oficiale fiind de 39,7 la 1000 de nașteri. Aceasta se corelează cu mediul rural, statusul socioeconomic și educațional precar, nivelul redus de școlarizare, mediul familial dezorganizat. Studiul retrospectiv efectuat în Maternitatea „Bucur” între anii 2013 și 2015 a relevat o incidență a sarcinilor la adolescente (12-18 ani) de 3,86%, majoritatea tinerelor provenind din mediul rural. Dintre aceste paciente, niciuna nu a beneficiat de dispensarizare a sarcinii. Majoritatea acestor gravide proveneau din mediul rural și doar două erau școlarizate. Menționăm că în cinci cazuri pacientele au născut feți morți. Modalitatea de naștere a presupus o incidență mare a operației cezariene (62%) în majoritatea situațiilor, din cauza distociilor osoase sau fetale. Din punct de vedere psihosocial, maternitatea survenită la vârste foarte tinere poate avea un efect negativ asupra mamelor, din cauza abandonului școlar, a probabilității mari de a trăi în sărăcie și a șomajului. De asemenea, copiii proveniți din mame minore sunt mai susceptibili de a deveni la rândul lor părinți în adolescență.

Cuvinte-cheie: dispensarizarea sarcinii, adolescente, operație cezariană

Țara noastră se confruntă cu o incidență printre cele mai mari în Europa a sarcinii în rândul adolescentelor, cifrele oficiale fiind de 39,7 la 1000 de nașteri. Aceasta se corelează cu mediul rural, statusul socioeconomic și educațional precar, nivelul redus de școlarizare, mediul familial dezorganizat.

Studiul retrospectiv efectuat în Maternitatea „Bucur” între anii 2013 și 2015 a relevat o incidență a sarcinilor la adolescente (12-18 ani) de 3,86%, majoritatea tinerelor provenind din mediul rural. Dintre aceste paciente, niciuna nu a beneficiat de dispensarizare a sarcinii. Majoritatea acestor gravide proveneau din mediul rural și doar două erau școlarizate. Menționăm că în cinci cazuri pacientele au născut feți morți. Modalitatea de naștere a presupus o incidență mare a operației cezariene (62%) în majoritatea situațiilor, din cauza distociilor osoase sau fetale.

Din punct de vedere psihosocial, maternitatea survenită la vârste foarte tinere poate avea un efect negativ asupra mamelor, din cauza abandonului școlar, a probabilității mari de a trăi în sărăcie și a șomajului. De asemenea,

copiii proveniți din mame minore sunt mai susceptibili de a deveni la rândul lor părinți în adolescență.

Sarcina la adolescente (cu un interval de vârstă de 12-18 ani) reprezintă una dintre principalele probleme de sănătate publică. Deși, pe plan european, sarcinile minorelor sunt, statistic, în scădere, în România prevalența lor se menține încă destul de ridicată. Acest lucru se poate explica prin faptul că vârsta debutului activității sexuale și vârsta menarhei sunt în scădere, un alt factor fiind lipsa de educație sexuală și contraceptivă. Din figura 1 putem observa faptul că România se află pe locul al doilea în Europa în ceea ce privește incidența sarcinilor la adolescente (MC Cook, Cameron, 2015).

Obiectiv

Studiul de față urmărește aspectele psihosociale materne ale sarcinii la adolescentele din Spitalul Clinic de Urgență „Sf. Ioan” - Maternitatea „Bucur”, pe o perioadă de trei ani, 2013-2015.

Primit:
1.12.2016
Acceptat:
10.01.2017

Material și metodă

Studiu retrospectiv efectuat în Maternitatea „Bucur” între anii 2013 și 2015, lotul de studiu fiind reprezentat de paciente adolescente (12-18 ani). Au fost studiați următorii parametri: vârsta, mediul din care provin (urban/rural), gradul de educație, consumul de substanțe nocive (tutun, droguri), gestitatea, paritatea, îngrijirea prenatală (investigate/neinvestigate), calea de naștere, complicațiile sarcinii (HTA, anemie, DPPNI, RCIU, oligoamnios, naștere prematură, făt mort antepartum), complicațiile travaliului (prolaps de cordon, distocie de dilatație, suferință fetală acută, eclampsie), evaluarea stării fătului prin IA, sexul și greutatea feților la naștere.

Rezultate

Studiul retrospectiv efectuat în Maternitatea „Bucur” între anii 2013 și 2015 a relevat o incidență a sarcinilor la adolescente (12-18 ani) de 4%, majoritatea tinerelor provenind din mediul rural. S-a înregistrat un număr de 227 de paciente minore din totalul de 5557 de femei care au născut între 2013 și 2015 în Maternitatea „Bucur” (figura 2). Dintre cele 227 de gravide, 127 (56%) proveneau din mediul rural, respectiv 100 (44%) din mediul urban (figura 3).

În lotul studiat, analizând vârsta la care a survenit nașterea, se observă un debut timpuriu al activității sexuale (figura 4).

Majoritatea minorelor sunt la prima sarcină, dar lipsa de educație sexuală și contraceptivă este dovedită de numărul mare al minorelor care se află la a doua (35 de minore - 16%), a treia (10 minore - 4%) și chiar la a patra sarcină (4 paciente - 2%). În ceea ce privește nașterea, un număr de 197 (87%) de minore nu au născut nicio dată (sunt primipare), 26 (11%) dintre ele erau la a doua naștere, iar 4 (2%) paciente se aflau deja la a treia naștere (figurile 5 și 6).

Modalitatea nașterii a presupus o incidență mare a operației cezariene (62%) în majoritatea situațiilor, din cauza distociilor osoase sau fetale (figura 7). Dintre cele 112 paciente care



Figura 1. Incidența sarcinilor la adolescente în țările europene

au născut prin operație cezariană, 10 (9%) se aflau deja la a doua cezariană, iar una la a treia cezariană (1%) (figura 8).

Sarcina la minore este asociată cu un nivel scăzut de trai și de educație. Cele mai multe provin din familii dezorganizate, fără un sprijin educațional și afectiv din partea părinților, de foarte multe ori gravidele nefiind

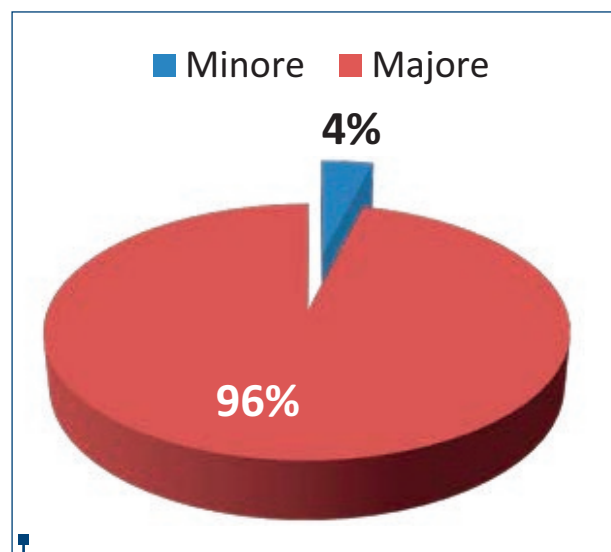


Figura 2. Repartiția pacientelor în funcție de vârstă

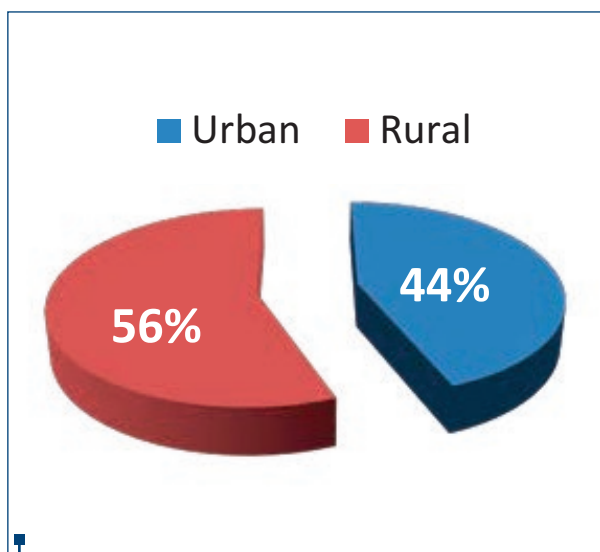


Figura 3. Repartizarea cazurilor în funcție de mediul de proveniență

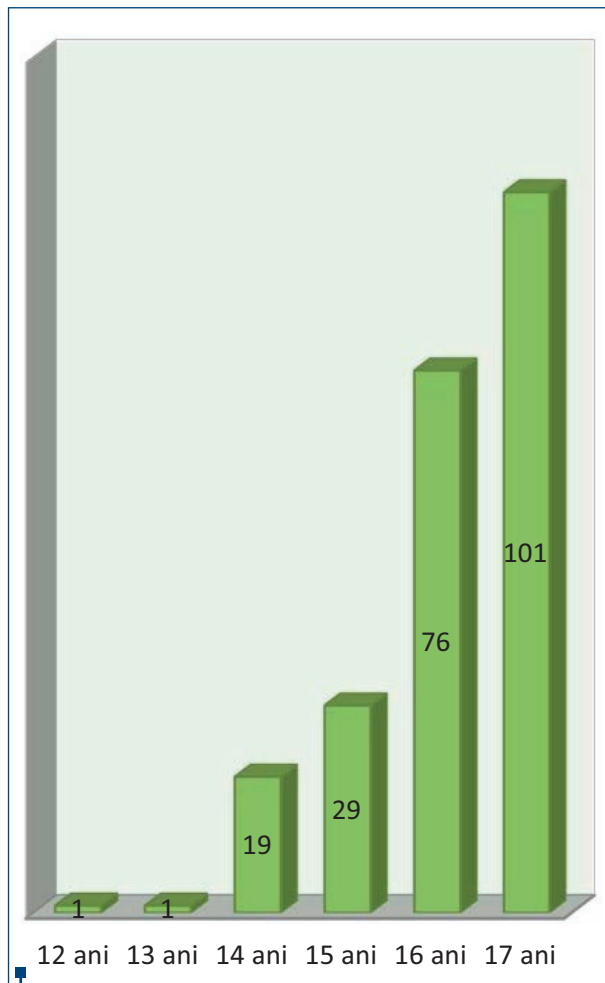


Figura 4. Repartizarea cazurilor în funcție de vârsta debutului activității sexuale

școlarizate, existând chiar cazuri de minore fără nicio clasă, care nu știu să scrie sau să citească.

Cele mai multe paciente minore au provenit din mediul rural, fără a beneficia de sprijin educațional adecvat.

Din lotul de paciente monitorizate, doar două adolescente erau înscrise la școală (figura 9).

Alte aspecte sociale negative sunt cele educaționale (multe dintre ele nu au nicio calificare), minorele au șanse mai mari de a fi respinse la angajare și de a trăi în sărăcie, foarte multe dintre ele se află într-un conflict familial și sunt „mame singure”, copiii mamelor adolescente fiind mai susceptibili de a deveni ei înșiși părinți adolescenți.

Gravidele la o vârstă fragedă se pot confrunta cu evenimente care le afectează nu doar integritatea fizică sau psihică, ci și cea socială, educațională sau financiară. Una dintre probleme o reprezintă faptul că nu apelează la ajutor medical specializat în timpul sarcinii, nu fac investigații pe parcursul ei sau consumă substanțe nocive, precum alcool, tutun sau droguri.

În ceea ce privește consumul de substanțe nocive, 25 de adolescente erau fumătoare, opt consumau alcool, iar una consuma droguri (figura 10).

Dintre cele 227 de minore care au născut între anii 2013 și 2015 în Maternitatea „Bucur”, doar două au efectuat investigații minime în timpul sarcinii, restul fiind neinvestigate (figura 11).

Nașterea la vârste mici implică și complicații din punct de vedere social, deseori minorele fiind criticate de societate pentru lipsa lor de responsabilitate, fapt care generează îndepărtarea de prieteni și evitarea oricăror ocazii de socializare.

Aceasta constituie o perioadă de risc major atât pentru mamă, cât și pentru făt, printre complicațiile care pot surveni fiind cuprinse preeclampsia, eclampsia, restricția de creștere intrauterină, nașterea prematură și morbidități perinatale, precum sindromul de detresă respiratorie, icterul sau mortalitatea neonatală.

Astfel, aproape jumătate (42%) dintre mamele adolescente au dezvoltat anemie feriprivă pe parcursul sarcinii (figura 12).

Mai mult, tinerele sunt expuse riscului de a dezvolta hipertensiune indusă de sarcină sau preeclampsie. Din punctul de vedere al implicațiilor psihologice, adolescentele au un risc mai mare de a dezvolta depresie postnatală sau alte tulburări post-partum.

Trei sarcini au fost depistate cu HTA asociată sarcinii și 34 de minore au născut prematur (figura 13, figura 14).

În ceea ce privește starea fătului la naștere, s-a constatat un număr de cinci feți care au decedat antepartum (figura 15).

De asemenea, pe parcursul sarcinii, trei paciente au dezvoltat oligoamnios, doi feți au prezentat restricție de creștere intrauterină, iar două nașteri s-au complicat cu decolare prematură de placentă normal inserată (figura 16).

Aproximativ jumătate dintre sarcinile minorelor au prezentat anomalii ale cordonului ombilical: 50 - circulară (22%), 42 au avut cordon scurt (19%), iar cinci au fost depistate cu nod adevărat de cordon (2%) (figura 17).

Complicațiile din travaliu au fost reprezentate de: suferință fetală acută (8%) obiectivată prin anomalii de ritm ale cordului fetal și prezența meconiului în lichidul amniotic, prolabarea cordonului ombilical (1%), distocia de dilatație (4%) și eclampsia (0,2%) (figura 18).

Am evaluat, de asemenea, starea feților folosind IA, majoritatea având IA 9 (127 de nou-născuți) (figura 19), greutatea la naștere (figura 20) și sexul nou-născuților (figura 21).

În ceea ce privește greutatea la naștere și sexul feților, majoritatea au avut între 2500 și 3500 g și cei mai mulți au fost de sex masculin.

Discuții

Sprijinul social insuficient (lipsa sprijinului din partea familiei sau a tatălui copilului) poate afecta psihicul adolescentei (instalându-se frica, izolarea, depresia) și compromite reintegrarea în societate. Un alt risc îl reprezintă acela al abandonului școlar sau, mai grav, al părăsirii copilului (Lanzi Bert Jacobs, 2009).

De asemenea, menționăm că și în cazul lotului studiat am constatat faptul că două adolescente au abandonat copiii.

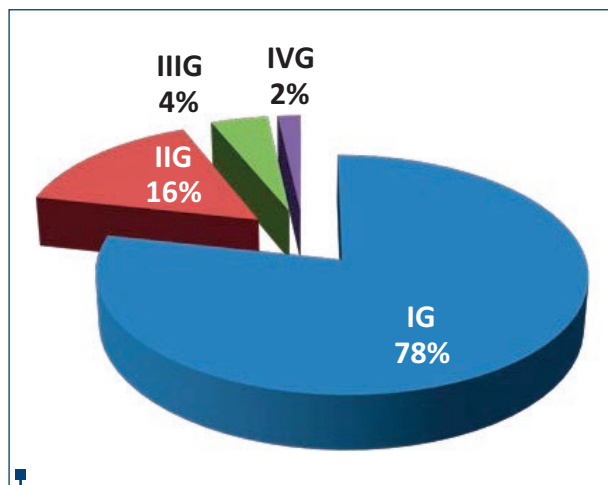


Figura 5. Repartiția pacienților în funcție de gestație

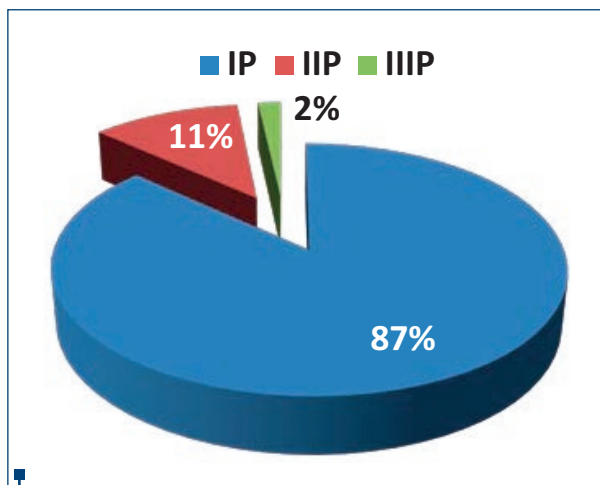


Figura 6. Repartiția pacienților în funcție de paritate

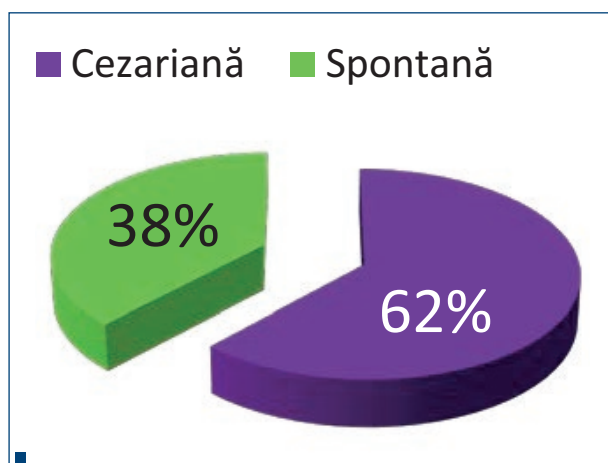


Figura 7. Repartiția cazurilor în funcție de modalitatea nașterii

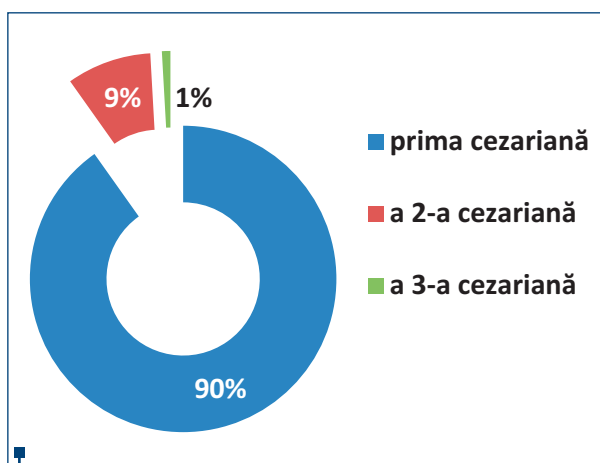


Figura 8. Repartiția cazurilor în funcție de numărul de operații cezariene

În scopul prevenirii sarcinilor nedorite în rândul adolescenților, precum și al păstrării sănătății fizice și psihice, este nevoie de o strategie complexă, bazată pe câteva elemente esențiale.

■ Abordarea în cadrul educației a acelor teme sociale care îi vizează pe tineri (educație sexuală, consumul substanțelor nocive - tutun, alcool, droguri).

■ Educație sexuală și acces la informații privind contracepția (Whitworth, Cockerill, 2013).

■ Îmbunătățirea condițiilor sociale prin asigurarea unui loc de muncă, în mod deosebit în cazul familiilor adolescenților care trăiesc în zone defavorizate. Programe de dezvoltare a tinerilor, în speță a adolescenților, care să-i implice și pe membrii familiei. Deosebit de eficientă s-a dovedit a fi combinarea următoarelor elemente:

- ✓ Sprijin pentru tinerii dornici să învețe.
- ✓ Implicarea părinților.
- ✓ Activități extrașcolare și de voluntariat.
- ✓ Sprijin pentru cei care provin din familii dezorganizate sau conflictuale.



Figura 9. Distribuția pacienților în funcție de nivelul de școlarizare

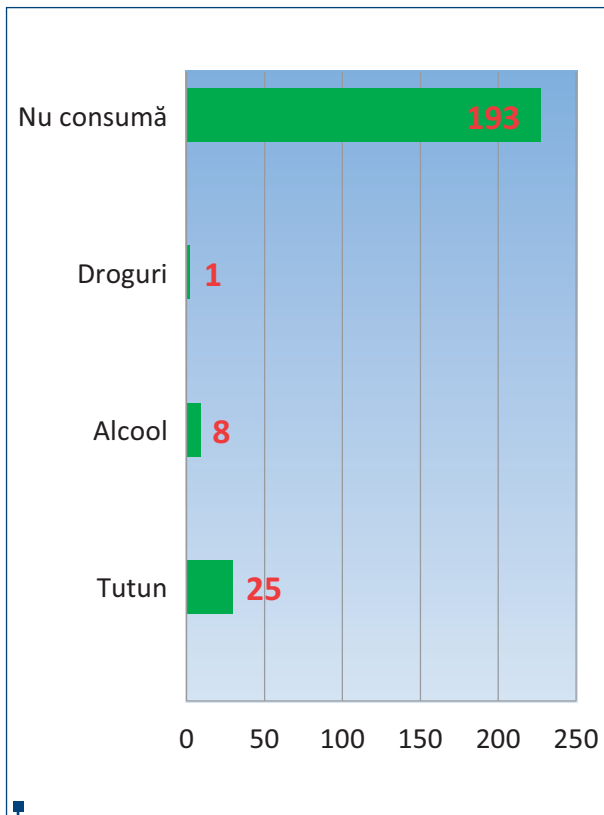


Figura 10. Distribuția pacienților în funcție de consumul de substanțe nocive

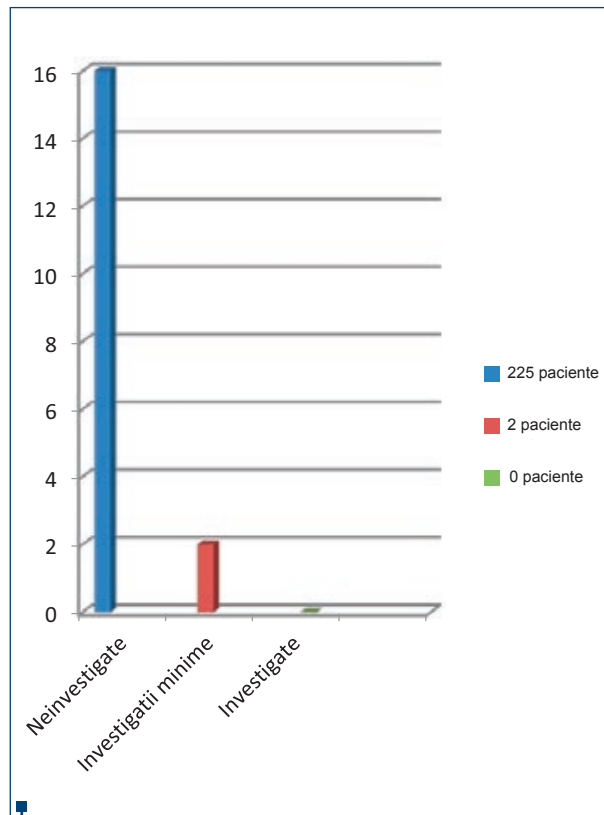


Figura 11. Clasificarea pacienților în funcție de îngrijirea prenatală

În cazul în care tinerele ajung în situația de a fi însărcinate, este deosebit de important ca ele să nu fie marginalizate. Este important ca, odată devenite mame, să fie tratate cu respect, să fie ajutate să-și recapete încrederea în forțele proprii și încrederea că pot deveni părinți buni.

Este important ca tinerii tați să fie conștienți de importanța lor și să fie determinați să urmeze cursuri de educație parentală (National Institute for Health and Care Excellence, 2010). Tinerele mame au nevoie de consiliere în domeniul contraceptiv, pentru a evita repetarea unei

sarcini la scurt timp după prima. În aceeași măsură, este foarte util sprijinul acordat adolescentelor care doresc să-și continue studiile.

Care ar putea fi contribuția ginecologului?

În cazul în care adolescenta se prezintă la cabinet, este important ca medicul ginecolog să aloce mai mult timp acestui caz, fiind o pacientă dintr-o categorie specială.

În primul rând, pacienta va fi informată asupra bolilor cu transmitere sexuală și a riscurilor pe care le reprezintă

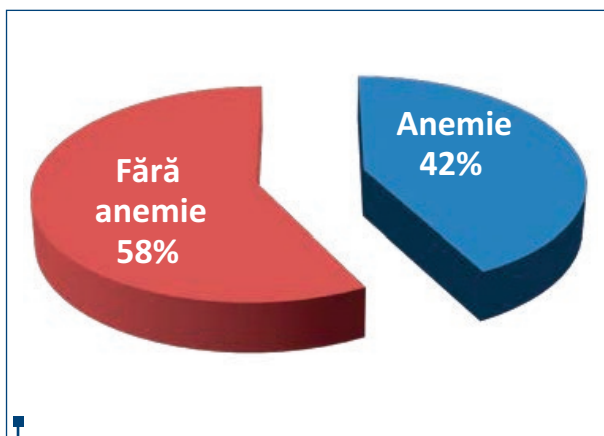


Figura 12. Diferențierea cazurilor în funcție de prezența anemiei

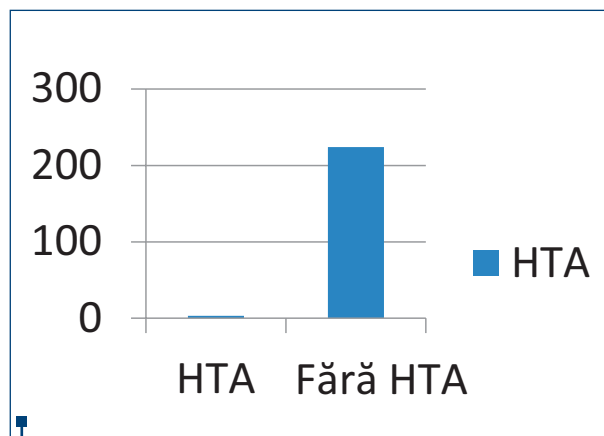


Figura 13. Diferențierea cazurilor în funcție de prezența HTA

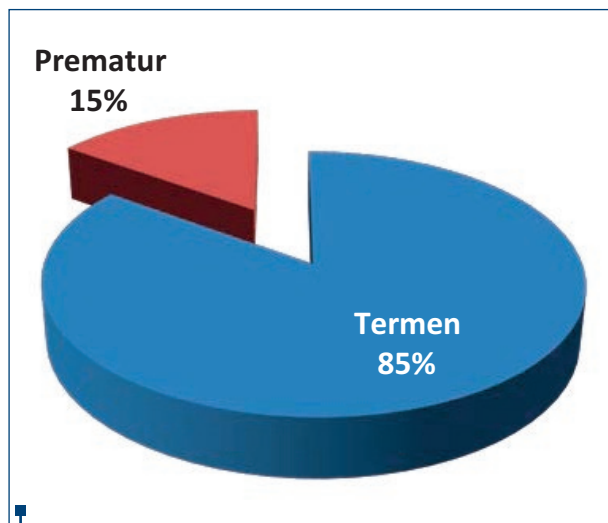


Figura 14. Clasificarea pacientelor în funcție de naștere (înainte de termen sau la termen)

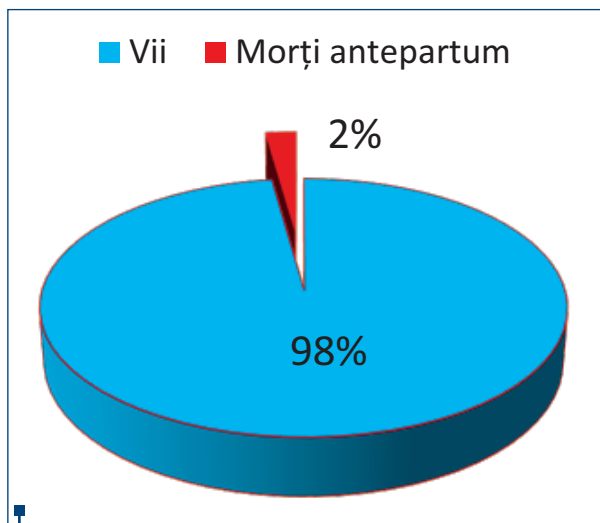


Figura 15. Clasificare în funcție de starea fătului la naștere

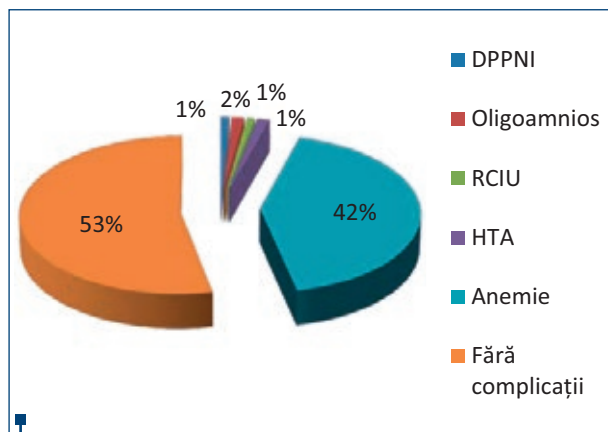


Figura 16. Distribuția pacientelor în funcție de existența complicațiilor

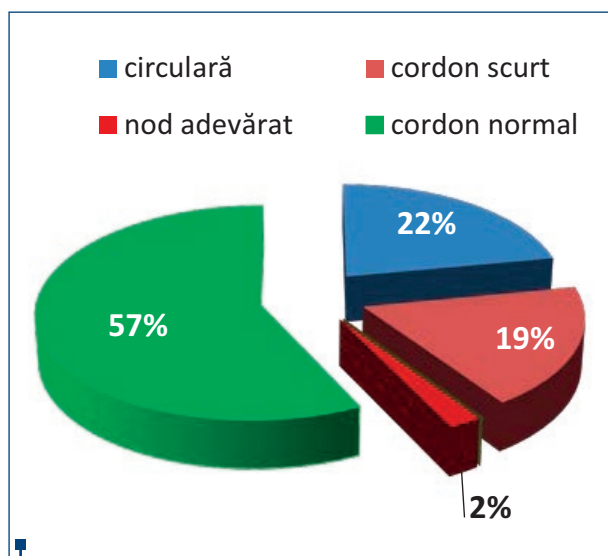


Figura 17. Distribuția pacientelor în funcție de anomaliiile cordonului ombilical

acestea pentru sănătatea pacientei. Apoi va fi consiliată în ceea ce privește metodele contraceptive. I se vor prezenta de asemenea și aspectele negative pe care le implică o sarcină la vârste fragede (Family Nurse Partnership National Unit, 2012).

Atât timp cât pacientele nu vor beneficia de contracepție, este foarte probabil să fie afectate atât din punct de vedere fizic, cât și mintal.

În scopul păstrării stării de sănătate a pacientelor adolescente, este esențială consilierea contraceptivă profesionistă acordată și fără consimțământul părinților (Baird, Porter, 2011).

Concluzii

România se confruntă cu o incidență printre cele mai mari în Europa a sarcinii în rândul adolescentelor, cifrele oficiale fiind de 39,7 la 1000 de nașteri. Aceasta se corelează cu mediul rural, statusul socioeconomic și educațional precar, nivelul redus de școlarizare, mediul familial dezorganizat. Studiul retrospectiv efectuat în Maternitatea „Bucur” între anii 2013 și 2015 a relevat o incidență a sarcinilor la adolescente (12-18 ani) de 3,86%, majoritatea tinerelor provenind din mediul rural.

Dintre aceste paciente, niciuna nu a beneficiat de dispensarizare a sarcinii. Majoritatea acestor gravide erau neșcolarizate. Menționăm că în cinci cazuri pacientele au născut feți morți. Modalitatea de naștere a presupus o incidență mare a operației cezariene (62%) în majoritatea situațiilor, din cauza distociilor osoase sau fetale.

Din punct de vedere psihosocial, maternitatea survenită la vârste foarte tinere poate avea un efect negativ asupra mamelor, din cauza abandonului școlar, a probabilității mari de a trăi în sărăcie, precum și a șomajului. De asemenea, copiii proveniți din mame minore sunt mai susceptibili de a deveni la rândul lor părinți în adolescență. ■

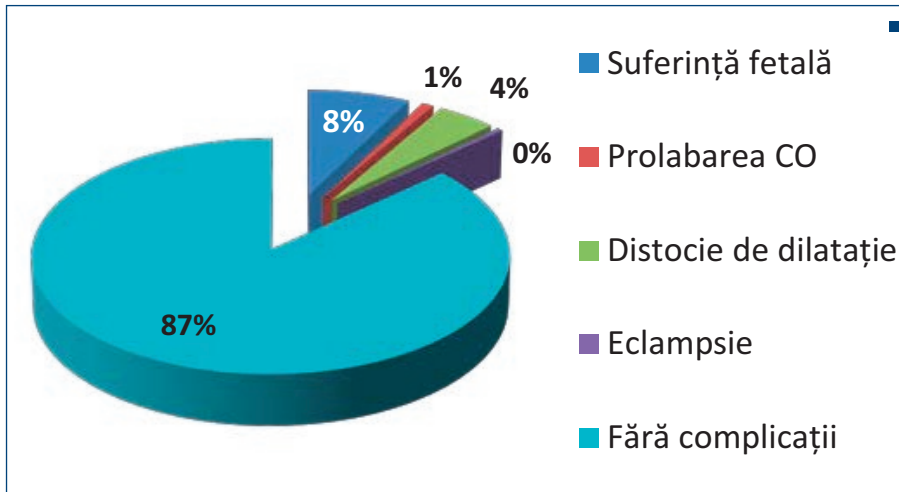


Figura 18. Distribuția pacienților în funcție de complicațiile în travaliu

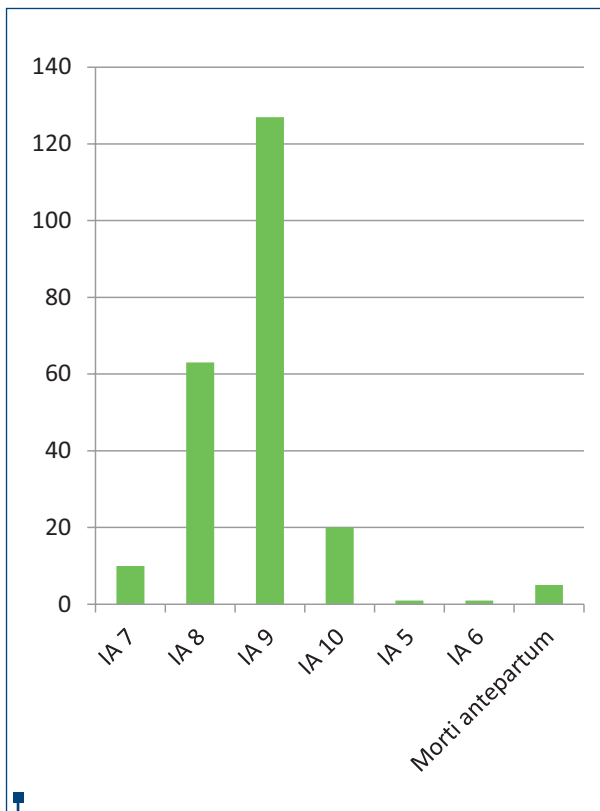


Figura 19. Clasificare în funcție de starea nou-născutului (IA)

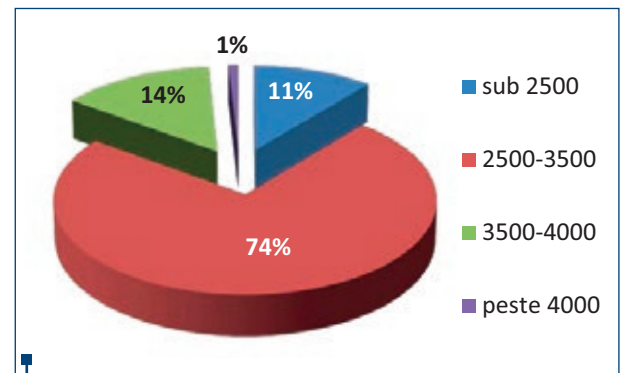


Figura 20. Distribuția în funcție de greutatea la naștere (grame)

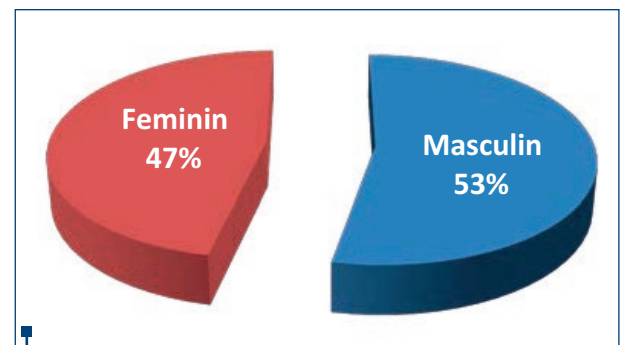


Figura 21. Distribuția în funcție de sexul nou-născuților

Bibliografie

1. Cook SMC, Cameron ST. Social issues of teenage pregnancy. *Obstet gynaecol reproduct med*, 2015;25(9):243-8.
2. Lanzi RG, Bert SC, Jacobs BK. Depression among a sample of first time adolescent and adult mothers. *J Child Adolesc Psychiatr Nurs*, 2009;22:194e202.
3. Whitworth M, Cockerill R. Antenatal management of teenage pregnancy obstetrics. *Obstet Gynaecol Reproduct Med*, 2010;20(11):323-8.
4. Rădulescu L, Munteanu O, Rădulescu MI, Cirstoiu MM. Implicații și consecințe ale sarcinii la adolescente. *Ginecologia.ro*, 2014;2(4):6-11.
5. National Institute for Health and Care Excellence. Pregnancy and complex social factors: a model for service provision for pregnant women with complex social factors, 2010. <http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/13167/50861/50861.pdf>
6. Family Nurse Partnership National Unit. Family nurse partnership evidences summary leaflet, 2012. https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/215542/dh_128008.pdf
7. Baird AS, Porter CC. Teenage pregnancy: Strategies for prevention. *Obstet Gynaecol Reproduct Med*, 2014;24(9):266-73.
8. Luchian B, Costoiu L, Constantin A, Neagu C. Contracepția la adolescente - o provocare. *Ginecologia.ro*, 2014;2(4):18-20.