

Recién nacidos de madres adolescentes. Problema actual

(Newborns from adolescent mothers. A current problem)

Luis Paulino Islas Domínguez,* Lino Cardiel Marmolejo,* Juan Fernando Figueroa Rodarte**

RESUMEN

Objetivo. Conocer las diferencias en las causas de morbilidad y riesgo de muerte de los neonatos de mujeres adolescentes (Ma) con relación a mujeres adultas (MA) en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) del hospital.

Material y métodos. Se revisaron los expedientes de niños nacidos en el hospital en 2009 y que fueron atendidos por problemas neonatales en la UCIN.

Resultados. De los 5,263 niños nacidos en el hospital en 2009, 1,783 (33.7%) fueron de Ma 3,480 (66.3%) de MA. De los 330 (6.2%) que ingresaron a la UCIN 51 (15.4%) fallecieron y de éstos la mortalidad fue de 58.8% en los de MA y de 84.6% en las Ma, principalmente por prematuridad y sepsis.

Conclusiones. Las principales causas de su ingreso de la UCIN fueron: prematuridad, septicemia y problemas respiratorios.

Palabras clave: Recién nacido, madre adolescente, morbilidad, mortalidad.

SUMMARY

Objective. To know the differences in morbidity and the risk of death in neonates of teenage mothers (aM) in comparison to newborn infants of adult women (AM), in infants attended in the Neonatal Intensive Care Unit (NICU) of the hospital.

Material and methods. Information of the newborn infants in 2009 in the hospital from adult women (AW) and adolescent mothers (aW), all of them attended in NICU.

Results. Three hundred and thirty (6.2%) neonates borne in the hospital required attention in the NICU: 51 (15.4%) belonged to adolescent women aW and 279 (84.6%) were the babes of AW. The main causes of admission to the NICU for aW infants were: prematurity, septicemia and respiratory problems. Those babies had an increased risk of complications and mortality.

Conclusions. The main causes of admission of the neonates are: prematurity, septicemia and respiratory problems, and these babies have an increased risk of mortality and complications.

Conclusions. The main causes of admission of RNMa are: prematurity, septicemia and respiratory problems and these babies have increased risk of hospital expenses, mortality and complications.

Key words: Newborn, adolescent mother, morbidity, mortality.

El embarazo en las adolescentes es, desde el punto de vista médico una situación de riesgo, pues muchos de estos embarazos tienen problemas médico-sociales en las madres adolescentes, por el rechazo que hay en su entorno y la inmadurez biopsicosocial de la madre y la conjunción de estos factores incide de manera adversa tanto en la salud de la madre como en la del hijo en gestación.^{1,2}

La adolescencia, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), es el lapso de la vida en el que los seres humanos adquirimos la capacidad de reproducirnos; es una época en la que transitamos con cambios psicológicos entre la niñez a la adultez^{3,4} y en la que se consolida nuestra independencia socioeconómica⁵ y que ocurre entre los 10 y 20 años.^{3,6} Es la adolescencia el periodo de la vida en el que ocurren con rapidez cambios, en los que se refleja la esfera anatomofisiológica, social y cultural.⁷

Es en este contexto que el embarazo durante la adolescencia es una situación más que se sobrepone a la crisis de la adolescencia, ya que irrumpe en la vida de

* Neonatología, Hospital General de México, O.D.

** Residente en Neonatología. HGM, O.D.

las adolescentes que aún no alcanzan la madurez física y mental y a veces en circunstancias adversas ante carencias nutricionales o enfermedades y con frecuencia, en un medio familiar poco receptivo para aceptar el embarazo y proteger a la joven.⁵ Todo esto incide en una probabilidad alta de riesgo de muerte para los recién nacidos y para las madres adolescentes (Ma), por lo que se consideró importante conocer la morbilidad y mortalidad de los recién nacidos de madres adolescentes con respecto a los niños de madres adultas (MA).

MATERIAL Y MÉTODOS

Los niños nacidos en el hospital que ingresaron a la UCIN entre el uno de enero y 31 de diciembre de 2009 se dividieron en dos grupos: según que la edad de la madre fuese de 18 años o menos, considerando a estas adolescentes (Ma) y las que tuvieron 19 o más años se identificaron como madres adultas (MA).

De los expedientes clínicos se obtuvo información acerca de los diagnósticos que motivaron el ingreso de los niños a la UCIN y la condición a su egreso en caso de fallecimiento. Con esta información se analizó la morbilidad y la letalidad en ellos, según que su madre fuese MA o Ma, considerando además de los diagnósticos en la UCIN su edad de gestación y su peso al nacer.

RESULTADOS

De los 5,263 niños nacidos en el hospital en 2009, 1,783 (33.7%) fueron hijos de Ma y 3,480 (66.2%) lo fueron de MA. De los nacidos de Ma hubo 1,725 (96.7%) niños vivos y 58 (3.3%) óbitos, mientras que en las MA hubo 3,429 (98.5%) recién nacidos vivos y 51 (1.4%) óbitos. La edad de las Ma varió entre 14 a 19 años con una media de 16.7 años.

En cuanto al número de ingresos a la UCIN 6.2% (n = 330), 51 (15.4%) fueron de Ma y 279 (84.6%) eran hijos de MA.

De los niños de Ma 5 (8.8%) fallecieron y 21 (41.2%) egresaron a Terapia Intermedia, uno de los cuales falleció, los otros dos egresaron a su domicilio por mejoría; sin embargo 18 (35.2%) reingresaron a la UCIN y de estos ocho (44.4%) fallecieron y diez (55.5%) egresaron de la UCIN por mejoría. Por otra parte, de los 162 (58.1%) ingresos nacidos de MA que egresaron a Terapia Intermedia 117 (41.9%) fallecieron. De tal manera que la mortalidad en la UCIN durante el 2009 registró 55 fallecimientos, o sea que hubo una mortalidad de 47% de los neonatos que ingresaron a esta Unidad.

De los 330 fallecidos 177 (53.6%) fueron del sexo masculino y 153 (46.4%) del femenino. De los niños na-

cidos de Ma 33 (64.7%) fueron del sexo masculino y 18 (35.3%) del femenino.

Dentro de los RNMA el 51.61% (n = 144) son de sexo masculino y el 48.38% (n = 135) femeninos.

Con respecto a la vía de nacimiento del 100% (n = 330) por vía abdominal se reporta un 66.06% (n = 218) contra 33.93% (n = 112) obtenidos vía vaginal, tomando en cuenta al RNMA (n = 51) son obtenidos por vía cesárea el 72.54% (n = 37) de los nacimientos, mientras que 27.45% (n = 14) son obtenidos por vía vaginal. Dentro de los RNMA (n = 279) el 64.87% (n = 181) son obtenidos por vía vaginal y el 35.12% (n = 98) por vía abdominal.

Del total de RNMA obtenidos vía vaginal el 14.28% (n = 3) evolucionaron hacia la mejoría, el 36.66% (n = 11) fallecieron. De los obtenidos vía abdominal el 85.71% (n = 18) presentaron mejoría y el 63.33% (n = 19) fallecieron.

Se tomaron en cuenta los principales padecimientos registrados como causa de morbilidad en los pacientes estudiados, considerando que un paciente pudiera cursar con más de una patología, se muestra su distribución en el *cuadro 1*.

Dentro del total de ingresos a UCIN se detecta el 20.6% (n = 68) de los casos con malformaciones congénitas, de los que el 79.41% (n = 54) son de RNMA y el 20.58% (n = 14) de RNMA. Síndrome de Arnold-Chiari tipo II 28.57% (n = 4) todos RNMA. Atresia esofágica en 9.25% (n = 5) de RNMA. Atresia intestinal el 14.28% (n = 2) de RNMA y el 12.96% (n = 7) de RNMA. Conducto arterioso permeable el 28.57% (n = 4) de RNMA y el 5.55% (n = 3) de RNMA. Gastrosquisis el 14.28% (n = 2) de RNMA y el 5.55% (n = 3) de RNMA. Hernia diafragmática el 3.7% (n = 2) RNMA. Hidrocefalia el 14.28% (n = 2) de RNMA y el 9.25% (n = 5) de RNMA. Mielomeningocele el 17.77% (n = 15) de RNMA. Síndrome dismórfico el 14.81% (n = 8) de RNMA. Síndrome de Down 5.55% (n = 3) de RNMA. Síndrome de Poland 1.85% (n = 1) de RNMA. Tetralogía de Fallot el 3.7% (n = 2) de RNMA.

Aunado a las patologías de ingreso se agregan otras morbilidades en un total de 301 casos reportados, el 74.75% (n = 225) en RNMA y el 25.24% (n = 76) en RNMA. Se reporta hiperbilirrubinemia en 54.81% (n = 165) de los cuales se presentó en el 58.22% (n = 131) de los RNMA y el 44.73% (n = 34) de los RNMA. La enterocolitis necrotizante en el 20.59% (n = 61) de los que el 16.88% (n = 38) en RNMA y el 31.57% (n = 24) en RNMA. La hemorragia intraventricular se reportó en un 14.9% (n = 45) de los que el 14.66% (n = 33) son de RNMA y el 15.78% (n = 12) de los RNMA. La hemorragia pulmonar se presentó en el 7.87% de los

Cuadro 1. Principales diagnósticos en neonatos que ingresaron a la UCIN en 2009: según que su madre fuese una mujer adulta (MA) o adolescente (Ma).

Diagnóstico	MA n = 279 (84.6%)	Ma n = 51 (15.4%)	Total n = 330 (100%)
Prematurez	161 (57.7)	33 (64.7)	194 (58.8)
Peso bajo para la edad de gestación	58 (20.8)	12 (23.5)	70 (21.2)
Sepsis neonatal	118 (42.3)	37 (72.5)	155 (46.9)
Síndrome dificultad respiratoria	61 (21.8)	11 (21.6)	72 (21.8)
Hipertensión pulmonar	14 (5.0)		14 (4.2)
Asfixia perinatal	29 (10.4)	4 (7.8)	23 (10.0)
Trauma obstétrico	10 (3.6)	2 (3.8)	12 (3.6)
Aspiración de meconio		2 (3.9)	2 (0.6)

Cuadro 2. Causas de defunción en los neonatos de mujeres adultas (MA) y de mujeres adolescentes (Ma).

Causas	MA n = 117 (%)	Ma n = 38 (%)	Total n = 155 (%)
Hemorragia intraventricular	36 (30.8)	+12 (31.6)	48 (31.0)
Sepsis	37 (31.6)	+16 (42.1)	53 (34.2)
Sam		2 (5.3)	2 (1.3)
Cardiopatía no especificada (choque cardiogénico)	7 (6.0)	1 (2.6)	8 (5.2)
Insuficiencia renal	4 (3.41)		4 (2.6)
Hipertensión pulmonar	12 (10.2)		12 (7.7)
Hemorragia pulmonar	16 (13.7)	+6 (15.8)	22 (14.2)
Prematurez extrema (22 sdg)		2 (1.7)	2 (1.3)
Neumotórax		1 (0.85)	1 (0.64)
Tetralogía de Fallot		1 (0.85)	1 (0.64)
Hidrops fetal	1 (2.6)	1 (0.85)	2 (1.3)

(n = 24) pacientes, de los que el 8% (n = 18) fueron de RNMA y el 7.89% (n = 6) a RNMa. Insuficiencia renal en el 1.66% (n = 5) de los pacientes todos RNMA.

Del 100% de las defunciones (n = 155) se describen las causas en el cuadro 2.

DISCUSIÓN

A nivel mundial el 15% de los partos acontece en adolescentes, con un rango entre el 7 y 25%.^{1,8,9} Del total de partos atendidos durante el año 2009 en esta Unidad (5,263) del Hospital General de México O.D. el 33.7% corresponde a mujeres menores de 19 años, lo que revela la importancia de este grupo poblacional en esta Unidad.

Los adolescentes tienen ciertas conductas de riesgo que favorecen el embarazo precoz y el desarrollo de malformaciones en sus recién nacidos, como son la promiscuidad, el consumo de sustancias como tabaco,

alcohol y demás drogas aunado a niveles sanguíneos de contaminantes ambientales encontrados en mayor cantidad en adolescentes trabajadoras.^{5,2,10-12}

A la adolescencia se le puede dividir en tres etapas con características diferentes y a su vez con formas distintas de enfrentar el embarazo:¹⁰⁻¹⁴ Adolescencia temprana, media (14 a 16 años) y tardía (17-19 años).

En el presente estudio no se divide en subgrupos por edad materna, ya que de la población no se encontraron pacientes en el rango de edad de la adolescencia temprana, siendo en su mayoría dentro de la adolescencia media (16.7 años).

Mientras más temprano ocurre el primer coito, mayor es el número de parejas sexuales en las personas implicadas en la iniciación y los riesgos se multiplican.¹⁰ Entre las causas de tal inicio está el nivel socioeconómico bajo, la inestabilidad familiar, las expectativas del grupo y particularmente de los padres, respecto de la iniciación de la relación sexual y la declinación de las barreras

sociales para el ejercicio de la sexualidad.^{2,9} También se le relaciona con modelos reproductivos de los padres que tienden a repetirse en los hijos, es decir, padres que también lo hicieron a edades tempranas.^{3,6}

En algunos estudios en 18.5% de los internamientos de los niños de madres adolescentes predominan los ingresos por afecciones de las vías respiratorias,^{12,15} que en este caso fue en 6.2% de los pacientes que ingresaron a la UCIN, aunque la diferencia puede ser debido a que en este caso se hizo el seguimiento prenatal o por las diferencias en el tipo de población.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) reporta que hay 14 millones de niños que nacen anualmente de madres adolescentes^{14,16} y que en éstos la tasa de mortalidad infantil es hasta 80% más alta que en los hijos de madres de mayor edad.^{13,6,7,9,16}

En este estudio las defunciones registradas fueron de 46.96% pero la diferencia entre los que fallecieron entre las mujeres adolescentes (74.5%) y los de las mujeres adultas (41.9%) fue claramente más alta en las adolescentes, lo que concuerda con la literatura, sea por la inmadurez materna o por factores agravantes: como son la mayor incidencia de complicaciones que incrementan el riesgo de muerte en estos pacientes.

En cuanto a la terminación de la gestación por cesárea ésta se hizo en 72.5% de los neonatos, a diferencia de lo observado en mujeres adultas donde fue de 35.1%, lo que parece ir de acuerdo con la tendencia que hay en el mundo del parto por cesárea en la mayoría de las adolescentes, sea por el desarrollo incompleto del canal de parto por la estrechez ósea y poco desarrollo de las partes blandas.¹⁷ Algunos autores no refieren un aumento de la incidencia de cesáreas en las adolescentes^{7,13} mientras que otros sí lo consideran en la adolescencia temprana.¹⁸

Referencias

1. Soledad L, Vallejos A, Sodero. Características del recién nacido en madres adolescentes. *Revista de Postgrado de la Vía Cátedra de Medicina* 2005; 149: 6-8.
2. National Research Council. Panel on Adolescent Pregnancy and Childbearing. *Risking the future*. National Academy Press. Washington D.C. 1987: 78-90.
3. Ulanowicz KE, Parra G, Wendler E, Monzón. Riesgos en el embarazo adolescente. *Revista de Postgrado de la VI Cátedra de Medicina* 2006; 153: 13-7.
4. Jopia R, Muñoz LY. Desnutrición en hijos de madres adolescentes. *Rev Chil Pediatr* 1987; 58(6): 446-9.
5. Emans SJ. Teenage pregnancy. *Pediatric and adolescent gynecology*. 4th ed. Philadelphia. Lippincott-Raven. 1998: 675-713.
6. Wang S, Clee. The effects of age and aboriginality on the incidence of low birth weight in mountain townships of Taiwan. *J Public Health Med* 2009; 3: 5-12.
7. Cunnington AJ. What's so bad about teenage pregnancy? Margaret Jackson prize essay 2000. *The Journal of Family Planning and Reproductive Health Care* 2001; 27(1): 36-41.
8. Fraser AM. Association of Young maternal age with adverse reproductive outcomes. *N England Journal Medicine* 1995; 332: 1113-7.
9. Centro Latinoamericano de Perinatología. El embarazo adolescente. Salud de la mujer reproductiva. *Organización Panamericana de la Salud*. 1999: 2-7.
10. Committe on Adolescence Contraception and Adolescents. Academia Americana de Pediatría. *Pediatrics* 1999; 104: 1161-66.
11. Barros MC, Guinsburg R. Neurobehavior of full-term small for gestational age newborn infants of adolescent mothers. *J Pediatr (Rio J)* 2008; 84(3): 217-23.
12. Cuervo RL, Fernández RG et al. Riesgos del neonato de madres adolescentes. *Arch Venez Pueric Pediatr* 1993; 56(1): 29-34.
13. González SA. Malformaciones congénitas en recién nacidos hijos de madres adolescentes en el HCOIA. Trabajo original. *Revista Ecuatoriana de Pediatría* 2002: 5-13.
14. Morales H. Madres adolescentes. Una visión integradora de cuidado humano. *Ginecología y Obstetricia, Enfermería, Medicina Preventiva y Salud Pública, Medicina Familiar y Atención Primaria* 2008: 1-5.
15. Alonso U, Campo GA, González HA, Rodríguez AB, Medina VL. Seguimiento al hijo de madre adolescente 2005: 2-7.
16. Orozco LT. Contribución de las adolescentes a la muerte materna en el Perú. *Ginecol Obstet Perú* 2004; 50(2): 111-22.
17. Peláez MJ. Adolescente embarazada; características y riesgos. *Rev Cubana* 1997; 23(1): 13-17.
18. Casas J, Chumbe O. El parto en la adolescente. Estudio de 3 grupos, adolescencia temprana, tardía y grupo control. *Ginecol Obstet Perú* 1998; 44(2): 101-6.

Correspondencia:

Dr. Luis Paulino Islas Domínguez

Hospital General de México OD.

Dr. Balmis Núm. 148, Col. Doctores Delegación

Cuauhtémoc, 06720, Tel. 27 892000 Ext. 1541

Correo electrónico: lu-islas@hotmail.com