

Seguimiento al hijo de madre adolescente

Rosa María Alonso Uría,¹ Ana Campo González,² Alina González Hernández,³ Beatriz Rodríguez Alonso⁴ y Lucrecia Medina Vicente⁵

RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo y prospectivo entre 2 grupos poblacionales: el grupo A, integrado por todas las madres adolescentes y sus hijos, y el B representado por 506 madres mayores de 20 años, atendidas todas en el año 2001 en el Hospital Docente Ginecoobstétrico de Guanabacoa. Se identificaron algunas variables perinatológicas y otras obtenidas en la consulta de seguimiento al grupo riesgo. Se realizó el procesamiento estadístico para variables cualitativas y cuantitativas y se midió la probabilidad asociada. Se encontró un índice de bajo peso al nacer de un 12,2 %, con un 9,1 % de recién nacidos pretérminos y el 13,8 % de partos instrumentados. Predominó el normopeso en consultas de seguimiento, y los ingresos hospitalarios fueron bajos, y se demostró la importancia de esta consulta en la orientación profiláctica del rol de la familia y la madre adolescente hacia su descendencia, para lograr así una salud positiva en el entorno psicosocial del niño.

Palabras clave: Madre adolescente, hijo de madre adolescente.

La adolescencia fue considerada por largo tiempo solo como un tránsito entre la niñez y la adultez, sin dedicársele mayor interés. En la actualidad se le considera como una etapa de la vida del ser humano, en la que ocurren complejos cambios biológicos, psicológicos y sociales, por lo que se hace cada vez más necesario dedicarle nuestra atención, pues durante esta etapa se producen importantes modificaciones fisiológicas, somáticas, mentales, emocionales y sociales que conducen al individuo hacia la madurez del adulto.¹

En los países desarrollados y en las sociedades industrializadas se reconocen a las adolescentes como un grupo de población bien definido; sin embargo, en las naciones en desarrollo es relativamente creciente su reconocimiento como etapa de la vida con características propias.^{2,3}

Goyo plantea que el embarazo a cualquier edad constituye un hecho biopsicosocial muy importante, pero en la adolescencia conlleva a una serie de alteraciones que atentan tanto contra la salud de la madre como la del hijo, por lo que constituye un problema de salud que no debe ser considerado solo en términos del presente, sino del futuro, por las complicaciones que puede acarrear.^{2,4}

La mortalidad en el primer año de vida en el hijo de madre adolescente no solo se relaciona con la mortalidad perinatal, sino en los 11 meses que siguen. El crecimiento estatural a los 18 meses está afectado con el tiempo, y se acentúa a los 30 meses de vida, coincidiendo con el aumento del deterioro del nivel socioeconómico de la madre y una disminución de la ingesta proteica de sus hijos, si lo comparamos con los hijos de madres adultas.⁵

La atención a la adolescente embarazada y su pareja debe encaminarse a un fortalecimiento para que puedan enfrentar el cuidado y crianza del bebé, así como también debe velarse por la actitud del resto de la familia para lograr la aceptación de

este hijo de forma digna, y contar con instrumentos para lidiar en situaciones de alto riesgo y evitar consecuencias potencialmente peligrosas. Se debe contribuir a que los servicios de salud formen parte de la red social que acompañen y apoyen el proceso de desarrollo de las adolescentes embarazadas y sus parejas, todo lo cual nos ha motivado a realizar este trabajo que permitirá ampliar y profundizar en un mejor pronóstico de vida, tanto para la madre como para su descendiente, y también una repercusión positiva en el desarrollo futuro de la sociedad.

MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo y prospectivo entre 2 grupos poblacionales: el grupo A, integrado por todas las madres adolescentes y sus hijos nacidos en el Hospital Docente Ginecoobstétrico de Guanabacoa, en el período comprendido del 1ro. de enero al 31 de diciembre de 2001, y el grupo B representado por 506 madres, que es el doble de las adolescentes, pero con edades comprendidas entre los 20 y los 35 años de edad.

El grupo A comprendió a los 253 recién nacidos de madres con edad inferior a los 20 años que se siguieron en consulta externa durante los 3 primeros años de la vida. Se seleccionó el nacido vivo anterior y posterior al caso que nos ocupa, en el caso de que haya 2 nacidos vivos de madres adolescentes de forma consecutiva, se procederá a escoger para su control los dos casos anteriores y posteriores a los usuarios.

Para la recolección de la información se elaboró una encuesta preparada al efecto que fue aplicada a la madre adolescente, a través de la cual se pudieron estudiar algunas variables biopsicosociales, así como también otras obtenidas en la consulta de seguimiento a los 5 meses, 1, 2 y 3 años. Contamos además con otros registros primarios como son: el carné obstétrico y las historias clínicas maternas y del recién nacido, en ambos grupos de estudio como fuente de información primaria. Las variables identificadas en ambos grupos de estudio se muestran en el anexo.

Con la información recogida se realizó una base de datos en el sistema Microsoft Access. Se calcularon medidas estadísticas descriptivas para variables cualitativas y cuantitativas. Se aplicó X^2 (Chi cuadrado) en aquellas variables que tenía sentido hacerlo, buscando la asociación entre ellas para expresar significación epidemiológica. Se tomó la probabilidad asociada con el valor X^2 que fuera $p < 0,05$ (para considerarla significativa y con $p < 0,01$ se consideraba muy significativa).

RESULTADOS

La incidencia de bajo peso al nacer se duplicó en la madre adolescente (tabla 1). El 12,2 % del grupo de riesgo tuvo recién nacidos con peso inferior a 2 500 g ante 6,9 % de las féminas en edades óptimas, siendo un valor estadísticamente significativo de $p < 0,05$.

TABLA 1. Comportamiento del peso al nacer según edad materna

Edad materna	< 2500 g		2500- 3999 g		4000 g y más		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Hijo de madre adolescente	31	12,2	217	85,8	5	2,0	253	100
Hijo de madre de	35	6,9	446	88,1	25	5,0	506	100

21 a 35 años								
Total	66	8,7	663	87,3	30	4,0	759	100

Fuente: Historia clínica del recién nacido.

$$X^2 = 9,381 \text{ p} = 0,00918 < 0,05$$

En la tabla 2, se observa que la prematuridad estuvo presente 3 veces más en las adolescentes (9,1 %) que en las madres adultas, resultado muy significativo para $p < 0,01$.

TABLA 2. Relación entre la edad gestacional y la prematuridad

Edad materna	< 37 semanas		37-42 semanas		42 semanas y más		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Hijo de madre adolescente	23	9,1	229	90,5	1	0,04	253	100
Hijo de madre de 21 a 35 años	15	3,0	478	94,5	13	2,5	506	100
Total	38	5,1	707	93,1	14	1,8	759	100

Fuente: Historia clínica materna y del recién nacido.

$$X^2 = 17,249 \text{ p} = 1,796 \text{ E} - 04 < 0,05$$

El parto instrumentado (tabla 3) fue elevado (13,8 %) con valor estadísticamente significativo con relación a las madres mayores de 20 años, siendo el reporte de cesáreas igual para ambos grupos.

TABLA 3. Relación entre la edad materna y el tipo de parto

Edad materna	Eutócico		Instrumentado		Cesárea		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Hijo de madre adolescente	170	67,2	35	13,8	48	19,0	253	100
Hijo de madre de 21 a 35 años	369	73,0	38	7,5	99	19,5	506	100
Total	539	71,0	73	9,6	147	19,4	759	100

Fuente: Historia clínica materna.

$$X^2 = 7,824 \text{ p} = 0,02 < 0,05$$

Al analizar la morbilidad al nacimiento identificamos que las infecciones ocuparon el primer escaño con el 8,3 %, seguido de las afecciones respiratorias con 7,1 y el trauma obstétrico con 4,3 % en los hijos de madres adolescentes, no ocurriendo lo mismo en la descendencia de madres mayores de 20 años. Por otra parte, el comportamiento nutricional de los hijos de madres adolescentes en la consulta de seguimiento durante los primeros 3 años de vida se comportó favorablemente, manteniendo el rango de

normopeso, y el número de recién nacidos bajo peso y delgados disminuyó con la edad. No fue significativo el nivel de afectación en el examen neurológico y desarrollo psicomotor de estos niños. Las enfermedades respiratorias y digestivas fueron las más frecuentes, aunque con el transcurso de los años fueron disminuyendo. El 90,9 % de las madres alimentó a los lactantes con lactancia materna exclusiva en los primeros 4 meses de vida.

Con respecto a los ingresos hospitalarios (tabla 4) fue una variable estadísticamente muy significativa ($p < 0,01$), pues no se presentaron ingresos en los niños estudiados.

TABLA 4. Ingresos hospitalarios en los hijos de madres adolescentes

Grupos de edades	Sí		No		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
6 meses	22	8,7	231	91,3	253	100
1 año	12	4,8	241	95,2	253	100
2 años	2	0,8	251	99,2	253	100
3 años	-	-	-	-	253	100

Fuente: Historias clínicas de los recién nacidos.

$$X^2 = 17,497 \quad P = 1,587 \text{ E} - 04 < 0,01$$

DISCUSIÓN

El peso del recién nacido es uno de los indicadores de mayor relevancia. El 12,2 % del grupo riesgo tuvo recién nacidos con peso inferior a 2 500 g, ante el 6,9 % de las féminas en edades óptimas para la gestación, resultados estadísticamente significativos. Estos parámetros coinciden con la bibliografía acerca de la mayor incidencia del recién nacido bajo peso en las madres adolescentes.⁶⁻⁸

Con relación a la edad gestacional la prematuridad estuvo presente, y el 9,1% tenía una edad gestacional menor de las 37 semanas, con valores estadísticos muy significativos. Dreyfus e Ifi señalan que debido a la inmadurez de la adolescente embarazada, el riesgo de prematuridad es superior.⁹⁻¹¹ Con relación al tipo de parto, el instrumentado fue en el 13,8 %, valor estadístico significativo. Coincidimos con otros autores como *Elster*, *Belitsky*, *Donovan*, *González*,^{6,7,11,12} que muestran resultados similares. Esto se debe a una incapacidad del canal del parto para permitir el paso del feto por un desarrollo incompleto de la pelvis materna.

Las complicaciones más frecuentes en los recién nacidos fueron las infecciones, las afecciones respiratorias y el trauma obstétrico; y según la bibliografía revisada, se plantea el riesgo de los recién nacidos de madres adolescentes a estas afecciones con una mayor mortalidad por estas causas. Así tenemos que *Valdés Dacal* reporta que el 21,2 % de los neonatos presentó alguna complicación, siendo en ellos predominante el bajo peso al nacer.^{4,6,7,13,14}

El comportamiento nutricional de estos niños en la consulta de seguimiento durante los primeros 3 años de vida fue favorable, manteniendo el rango del normopeso, y disminuyó el número de recién nacidos con bajo peso y delgados según la edad, lo cual

evidencia que la asistencia a una consulta especializada para el recién nacido de madre adolescente es beneficiosa, ya que se les orienta en la conducta a seguir, se educa a los padres, a la familia y se promueve la salud positiva. En Paraguay, por ejemplo, se reportan riesgos psicosociales y biológicos en la madre, que inciden de forma negativa en la nutrición, crecimiento y desarrollo psicomotor de su descendencia.¹⁵

Al analizar la morbilidad en esos años de seguimiento, observamos que las enfermedades respiratorias y digestivas eran las más frecuentes y fueron disminuyendo en el transcurso de los años. Autores como *Wassone y Mohamed*¹⁶ refieren una alta morbilidad y mortalidad en estos, que al tener más riesgo de pretérminos y de bajo peso, se incrementa el riesgo de morir, reportando la cifra de 57,5 % comparado con los hijos de madres adultas.

Al revisar el comportamiento de la lactancia materna exclusiva se observó que fue de 90,9 %. En estudios realizados en América Latina y el Caribe solo el 35 y el 60 % siguen amamantando hasta los 6 meses de edad.^{17,18} Los resultados encontrados se han debido a la labor realizada en esta consulta de seguimiento.

Con relación al ingreso hospitalario hubo significación, pues no hubo ingresos quizás por la vigilancia tan estricta que se estableció en las consultas de seguimiento. En otros estudios se aprecia un 18,5 % de hospitalización, sobre todo, por enfermedades respiratorias agudas.^{15,19,20}

CONCLUSIONES

La incidencia de prematuridad, bajo peso al nacer y el parto instrumentado presentaron incremento significativo en los hijos de madres adolescentes, aunque a pesar de ello, el seguimiento preciso y mantenido sobre este grupo de riesgo en las consultas demostró la importancia de la asesoría del personal de salud, así como la efectividad de la educación sanitaria a padres y familiares, lo cual permitió obtener indicadores positivos en etapas posteriores de la vida del neonato.

Anexo

Variables perinatológicas del recién nacido	
Peso al nacer	< 2 500 g entre 2 500 – 3 999 g 4 000 g o más
Edad gestacional al nacer	< 37 semanas entre 37 y 42 semanas 42 semanas o más
Tipo de parto	Eutócico Distócico Instrumentado Cesárea
Morbilidad al nacimiento	Afecciones respiratorias Afecciones infecciosas Malformaciones Trauma obstétrico Asfixia Otras alteraciones
Variables en la consulta de seguimiento al grupo de riesgo	

Valoración nutricional	6 meses 1 año 2 años 3 años
Peso, talla, circunferencia cefálica y relación peso/ talla	6 meses 1 año 2 años 3 años
Desarrollo psicomotor	Test de <i>Bayley</i> a los niños hasta los 30 meses. Clasificación de <i>Lezine</i> a los niños mayores de 30 meses hasta los 6 años. Examen físico del neurodesarrollo a todos.
Morbilidad general	Afecciones respiratorias Afecciones digestivas Afecciones dermatológicas Otras afecciones Ingresos hospitalarios
Lactancia materna	Exclusiva Mixta Artificial

SUMMARY

Follow-up of the adolescent mother's offspring

A descriptive prospective study was conducted between 2 population groups: group A was composed of all the adolescent mothers and their children, and group B was made up of 506 mothers over 20 that received attention at the Gynecobstetric Hospital of Guanabacoa, in 2001. Some perinatal variables were identified and others were obtained in the follow-up visits of the risk group. The statistical processing for qualitative and quantitative variables was carried out and the associated probability was measured. It was found a low birth weight index of 12.2 %, with 9.1 % of preterm infants and 13.8 % of instrumented deliveries. The normal weight predominated in follow-up visits and admissions were low. It was demonstrated the importance of this visit as regards the prophylactic guidance of the role played by the family and the adolescent mother in the attainment of a positive health in the child's psychosocial setting.

Key words: Adolescent mother, offspring of adolescent mothers.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Peláez J. Embarazo en la adolescencia. En: Ginecología Infanto Juvenil. La Habana: Editorial Científico-Técnica: 1999 .p.190-202.
2. Gollo PR, Rus AOA. *Pediatric Sao Paulo*. 2000; 22(2):123-9.
3. Rico de Alonso. Madres solteras y adolescentes. Bogotá: Editorial Colombia LYDA; 1986.
4. Pérez R, Rosabal F, Pérez JL, Yabor A. Bajo peso al nacer y embarazo en la adolescencia en cinco consultorios del médico de la familia. *Rev Cubana Med Gen Integr*. 1995; 11(3):239-45.
5. Goma S, Leal M, Filha M. Gravidez. Le adolescencia como factor de riesco para baiso peso no vscar no municipio de Rio de Janeiro, 1996-1998. *Rev Sau de Pub*. 2001;35(1):174-80.

6. Donovan E. Consecuencia de la crianza durante la adolescencia. Salud, sexualidad y adolescencia. Centro de orientación para adolescentes. 2000: 173-9.
7. Elster AB. Diarrea and child feeding prefixes in Saudi Arabic. Public Health Nutr. 2002;5(6):7277-31.
8. Yawagishitz M, Haub Carl. Morbidity and outcomes of low birthweight babies of adolescent mothers. East Afr Med J. 2002;79(10): 539-42.
9. Dreyfus R. The underrated benefacts of oral contraception, cosequences of pregnancy and induced abortion in tunageos. 1992; 37 (supp 4):204-10.
10. Centro Nacional de información de Ciencias Médicas. Dpto de Servicios Especiales de Información. Ciudad de La Habana. Salud Reproductiva. 1998;3(11):59.
11. Ifi L. Embarazo en la adolescencia. En: Obstetricia y Perinatología. Rev Medic Panamericana. 2000: 1386-9.
12. González Hernández A, Alonso Uría RM, Gutiérrez Rojas AR, Campo González A. Estudio de gestantes adolescentes y su repercusión en el recién nacido en un área de salud. CM. Publicación Médica. Centro Médico de Mar del Plata 1999; 12 (2): 84-8.
13. Balsar A, Nery M. Perfil epidemiológico de embarazo de adolescentes en el municipio de la costa, provincia de Buenos Aires, Argentina. Rev Soc Arg Ginecolog Infanto Juvenil. 2003;8(1):18-24.
14. Valdés Dacal S, Essien J, Bardales Mitae J, Saavedra Moredo D, Bardales Mitae E. Embarazo en la adolescencia, incidencia, riesgos y complicaciones. Rev Cubana Obst Ginecol. 2002, 28 (2).
15. Ramiro MI, Yent Zen G, Molina R. Características del 1er año de vida en los hijos de madres adolescentes. Bol Hosp San Juan de Dios. 2000; 34 (2): 81-5.
16. Wassoma A, Mohamed K. Low birth weight babies at Kennyatha National Hospital Nairobi. East Afr Med J. 2002; 79(10):539-42.
17. Vega MG, González G. Factores maternos asociados a la duración de la lactancia materna en áreas periféricas de Guadalajara, México 2001; 115(2):118-27.
18. Valdés J, Ferrera E., Muñoz J. Lactancia materna y madre adolescente. Rev Cubana Ped 1999; 62(4):560-5.
19. Valenzuela. Centro Nacional de Educación Sexual. Adolesc Sexolog Sociedad. 1998; 1(1): 12-3.
20. Peláez MJ. Adolescencia y juventud. Desafíos actuales. La Habana: Editorial Científico-Técnica; 2003:125-36.

Recibido. 17 de junio de 2005. Aprobado: 13 de diciembre de 2005.

Dra. *Rosa María Alonso Uría*. Ave. 101 No. 20804, entre Banco y Villa Rosa, Las Granjas, municipio Cotorro, Ciudad de La Habana, Cuba. Email: rosemari@infomed.sld.cu

¹Especialista de II Grado en Neonatología. Profesora Titular de la Facultad "Miguel Enríquez."

²Especialista de I Grado en Neonatología.

³Especialista de I Grado en MGI y en Neonatología.

⁴Especialista de I Grado en MGI y en Higiene y Epidemiología. Profesora Asistente de la Escuela Latinoamericana de Medicina.

⁵Especialista de I Grado en Medicina General Integral.