

<https://doi.org/10.18233/apm.v47i1.3260>

Características sociodemográficas y clínicas de neonatos de madres adolescentes en una institución de atención terciaria de una región de medianos ingresos 2019 – 2021

Sociodemographic and clinical characteristics of neonates of teenage mothers in a tertiary attention institution in a middle-income region 2019 – 2021.

Javier Torres-Muñoz¹, Carlos Alberto Jiménez-Fernandez¹, María Juliana Aldana Hoyos², Juan José Meneses³, Sofia Torres Figueroa⁴

Resumen

INTRODUCCIÓN: El embarazo adolescente constituye un problema de salud pública asociado con desenlaces perinatales adversos.

OBJETIVO: Determinar los aspectos sociodemográficos y clínicos de los neonatos hijos de madres adolescentes ingresados a una unidad de cuidado intensivo neonatal (UCIN) en Cali, Colombia.

MÉTODOS: Estudio de corte transversal analítico en 6,646 neonatos ingresados a la UCIN entre 2019 y 2021. Se compararon 492 madres menores de 19 años con 643 madres de 20 a 24 años. Las variables cuantitativas se describieron con medidas de tendencia central y dispersión; las categóricas en frecuencias y porcentajes. Se aplicó regresión logística para estimar razones de momios (OR) crudas y ajustadas con intervalos de confianza del 95% (IC95%).

RESULTADOS: La edad materna* de las adolescentes osciló entre 12 y 19 años. Se identificaron 67 casos de malformaciones congénitas en recién nacidos de madres adolescentes versus 51 casos en no adolescentes ($p < 0.01$). Las madres adolescentes presentaron mayor probabilidad de escolaridad hasta primaria (OR 4,57; IC95%: 3,35–6,24), no tener compañero (OR 1,80; IC95%: 1,25–2,60), menor uso de planificación familiar (OR 1,48; IC95%: 1,06–2,07) y menos de tres controles prenatales (OR 1,75; IC95%: 1,19–2,55). En cuanto a variables clínicas, se evidenció mayor riesgo de parto pretérmino (OR 1,50; IC95%: 1,08–2,08).

CONCLUSIONES: Los hijos de madres adolescentes presentan factores de riesgo sociodemográficos y clínicos que impactan el desenlace perinatal. Estos hallazgos refuerzan la importancia de fortalecer las intervenciones preventivas y el acceso oportuno a la atención materna y neonatal.

PALABRAS CLAVES: Embarazo en la adolescencia, Adolescente, Parto prematuro, Resultado del embarazo, Bebé, Bajo peso al nacer.

Abstract

INTRODUCTION: Adolescent pregnancy is a public health problem associated with adverse perinatal outcomes.

¹Grupo de Investigación INSIDE. Departamento de Pediatría de la Universidad del Valle, Hospital Universitario del Valle, Cali, Colombia.

²Departamento de Pediatría de la Universidad del Valle, Hospital Universitario del Valle, Cali, Colombia.

³Facultad de Salud, Programa de Medicina y Cirugía, Escuela de Medicina, Universidad del Valle, Cali, Colombia.

⁴Facultad de ciencias de la Salud, Universidad ICESI, Cali, Colombia.

Recibido: 25 de agosto 2025

Aceptado: 12 de febrero 2026

Correspondencia

Javier Torres Muñoz
javier.torres@correounivalle.edu.co

Este artículo debe citarse como: Torres-Muñoz J, Jiménez-Fernandez CA, Aldana Hoyos MJ, Meneses JJ, Torres Figueroa S. Características sociodemográficas y clínicas de neonatos de madres adolescentes en una institución de atención terciaria de una región de medianos ingresos 2019 – 2021. Acta Pediatr Mex 2026; 47: e3260.

OBJECTIVE: To determine the sociodemographic and clinical aspects of neonates born to adolescent mothers admitted to a neonatal intensive care unit (NICU) in Cali, Colombia.

METHODS: A analytical cross-sectional study was conducted including 6,646 neonates admitted to the NICU between 2019 and 2021. A total of 492 adolescent mothers (<19 years) were compared with 643 mothers aged 20–24 years. Quantitative variables were described using measures of central tendency and dispersion, and categorical variables as frequencies and percentages. Logistic regression was performed to estimate crude and adjusted odds ratios (OR) with 95% confidence intervals (95% CI).

RESULTS: Maternal age in the adolescent group ranged from 12 to 19 years. Sixty-seven cases of congenital malformations were identified in babies of adolescent mothers versus fifty-one of non-adolescent mothers ($p<0.01$). After adjustment, adolescent mothers showed a higher likelihood of: having only primary education (OR 4.57; 95% CI: 3.35–6.24), not having a partner (OR 1.80; 95% CI: 1.25–2.60), lower use of family planning (OR 1.48; 95% CI: 1.06–2.07), and fewer than three prenatal visits (OR 1.75; 95% CI: 1.19–2.55). Clinically, neonates of adolescent mothers had a higher probability of preterm birth (OR 1.50; 95% CI: 1.08–2.08).

CONCLUSIONS: Neonates born to adolescent mothers present adverse sociodemographic and clinical risk factors that influence perinatal outcomes. These findings highlight the need to strengthen preventive strategies and improve access to maternal and perinatal health care services.

KEYWORDS: Pregnancy in Adolescence, Adolescent, Premature Birth, Pregnancy Outcome, Infant, Low Birth Weight.

INTRODUCCIÓN

Según la OMS, el 11% de los nacimientos en el mundo corresponden a madres adolescentes, y de estos, más del 90% ocurren en países y regiones de medianos ingresos¹. Se define como adolescentes a las mujeres en edades entre los 10 y los 19 años, clasificando la etapa de la adolescencia en: temprana (10 - 13 años), media (14 - 16 años) y tardía (17 - 19 años)².

Para el año 2019 se presentaron 21 millones de embarazos en niñas entre los 15 y 19 años en países de medianos y bajos ingresos³⁻⁵. En Colombia, según el Ministerio de Salud y Protección Social Colombiano, se logró reducir la tasa de embarazo adolescente en 4.17 puntos entre 2019 y 2020. Pasando de 57.95 nacimientos por

cada 1000 mujeres de 15 a 19 años en 2019 a 53.78 nacimientos por cada 1000 mujeres en 2020⁶. Para el 2019, Colombia fue uno de los 9 países de América Latina con mayores tasas de fecundidad adolescente⁷.

Estudios previos han demostrado que el embarazo adolescente aumenta el riesgo de desenlaces perinatales adversos, como bajo peso al nacer^{8,9}; parto pretérmino^{8,10}; Apgar menor a 7 a los 5 minutos¹¹ y muerte neonatal⁹, encontrándose que entre más joven sea la madre es mayor el riesgo para el recién nacido^{1,10}. Además, las consecuencias biológicas del embarazo adolescente se asocian en la madre con mayor riesgo de preeclampsia, eclampsia, anemia, infecciones y aborto inducido o espontáneo en comparación a las madres adultas de 20 a 24 años^{13,1}.

A nivel psicosocial, las madres adolescentes enfrentan múltiples desafíos, pueden experimentar baja autoestima durante el embarazo^{14,15}. La exposición al estrés durante la gestación puede impulsar a conductas de riesgo como abuso de sustancias psicoactivas con implicaciones negativas para el feto¹⁶. Estudios sugieren, además, peores resultados en salud mental, pues la prevalencia de depresión en madres adolescentes es del 14% al 53%, superior a la de madres adultas del 6.9% al 16.7%¹⁷.

Este estudio describe los factores sociodemográficos y las características clínicas de neonatos productos de embarazos en adolescentes con un rango de la edad materna de entre los 12 a 19 años, que ingresaron a la unidad de cuidado intensivo neonatal del Hospital Universitario del Valle, en la ciudad de Santiago de Cali, durante el periodo de enero del 2019 a diciembre del 2021.

METODOLOGÍA

Definiciones

Estudio descriptivo de corte transversal analítico de los pacientes nacidos en esta institución entre enero 2019 a diciembre 2021. El estudio se desarrolló con la información de la base de datos existente en el Hospital Universitario del Valle, del grupo de Investigación INSIDE (Neonatología, Salud Infantil y Desarrollo) y de las historias clínicas. La población del estudio fue recién nacidos vivos, de cualquier edad gestacional, nacidos de madres adolescentes que ingresaron a la unidad de cuidado intensivo neonatal del Hospital Universitario del Valle, en la ciudad de Santiago de Cali, en el periodo de enero 2019 a diciembre 2021. Independientemente de su patología de base. Los criterios de inclusión fueron neonatos hijos de madres adolescentes que ingresan a la unidad de cuidados intensivos neonatal del Hospital Universitario del Valle; los de exclusión: neonatos que tengan datos incompletos en las historias clínicas evaluadas.

No se realizó un cálculo de tamaño de muestra *a priori*, dado que se incluyó la totalidad de los neonatos ingresados al servicio durante el periodo del estudio. La población fue dividida en: menores de 19 años (494) y mayores de 20 a 24 años (643).

Inicialmente se realizó un análisis univariado en el que se exploraron las distribuciones de variables continuas y distribuciones de frecuencia en variables cualitativas y consistencia de la información, se utilizaron medidas de frecuencia, tendencia central y dispersión, según la clasificación de cada una de las variables y su distribución. Se realizó un análisis bivariado en el que se compararon las distribuciones de las características de interés, mediante pruebas estadísticas de chi-cuadrada y prueba exacta de Fischer. Para el análisis bivariado, la prematuridad se categorizó según la clasificación de edad gestacional de la OMS (hasta 32 semanas y entre 33 y 37 semanas); finalmente, la fuerza de asociación del OR y sus respectivos intervalos de confianza (IC del 95%) se determinaron mediante regresión logística. El análisis y procesamiento de datos se realizó con el programa STATA versión 2015. El estudio se realizó de acuerdo con los lineamientos de la Declaración de Helsinki y fue aprobado por el Comité del Hospital Universitario del Valle con el código 040-2022.

RESULTADOS

Entre enero de 2019 a diciembre de 2021 ingresaron a la unidad de cuidado intensivo neonatal 6,646 bebés, de los cuales 494 (7.43%) correspondieron a hijos de madres adolescentes. La población fue dividida en: menores de 19 años (494) y mayores de 20 a 24 años (643). Las adolescentes menores a 16 años correspondieron a 79 (1.18%) del total de hijos de maternas que ingresaron a la UCIN. El rango de la edad adolescente materna fue entre los 12 a 19 años con una mediana de 18 años.

En el análisis bivariado de las condiciones sociodemográficas se evidenció que las madres que alcanzan educación mayor a la primaria correspondieron al grupo mayor a 20 años de manera significativa ($p<0.01$); en el grupo de madres adolescentes, la procedencia correspondió de manera significativa a municipios fuera de la ciudad de Cali ($p=0.01$), sin compañero ($p<0.01$), primer embarazo ($p<0.01$) y controles prenatales inadecuados ($p<0.01$). **(Cuadro 1)**

Al evaluar las condiciones de los bebés de estas madres adolescentes observamos que presentaron una proporción significativa de prematuridad al compararlas con los hijos de madres mayores a 20 años (53.80% vs 46% $p=0.01$), un número significativo (67 casos $p<0.01$) de malformaciones congénitas (definida como anomalía congénita que representa un riesgo vital, requiere cirugía o implica secuelas estéticas severas) y

gastrosquisis (3.60% vs 1.20% $p=0.00$), igualmente una mayor proporción de hemorragia intraventricular (69.70% vs 30.30% $p<0.01$). **(Cuadro 2)**

Al realizar el OR ajustado con las variables significativas de las menores de 19 años al compararlas con las maternas entre 20 a 24 años, se encontró una probabilidad de escolaridad hasta la primaria de 4.57 veces (OR 4.57 IC95% 3.35 – 6.24), no tener compañero 1.80 veces (OR 1.80 IC95% 1.25 – 2.60), menor uso de la planificación familiar 1.48 veces (OR 1.48 IC95% 1.06 – 2.07) y menos de 3 controles prenatales 1.75 veces (OR 1.75 IC95% 1.19 – 2.55). **(Cuadro 3)**

En las variables clínicas se evidenció mayor oportunidad de prematuridad 1.50 veces (OR 1.50 IC95% 1.08 – 2.08). Al realizar el ajuste no se encontró significancia estadística en la proce-

Cuadro 1. Características de las gestantes adolescentes y adultas jóvenes

Características	Adolescentes	Adultas jóvenes	P
	≤ 19 años n = 494 (%)	20 – 24 años n = 643 (%)	
Escolaridad hasta primaria	305 (61.74)	174 (27.1)	<0.01
Secundaria	155 (28.70)	234 (48.55)	
Técnico	34 (9.56)	235 (24.35)	
Procedencia fuera de Cali	187 (37.80)	179 (27.8)	0.01
Migrante	137 (27.70)	147 (22.9)	0.25
Etnia afro	120 (24.20)	129 (20.0)	0.43
Estado civil sin compañero	147 (29.70)	113 (17.57)	<0.01
Primigestante	390 (78.90)	313 (48.6)	<0.01
No planificación	384 (77.70)	344 (53.5)	<0.01
Menos de 3 controles prenatales	134 (27.10)	99 (15.4)	<0.01
Patología materna infecciosa [¥]	168 (34.00)	229 (35.6)	0.57
Otras patologías maternas [∞]	33 (6.68)	46 (7.1)	0.64
Patología materna hipertensiva [◊]	54 (10.90)	102 (15.8)	0.01
Gemelar	29 (5.80)	39 (6.1)	0.89
Vía de nacimiento por cesárea	170 (34.40)	259 (40.3)	0.04

¥ Colonización por *Streptococcus agalactiae*, ruptura prematura de membranas, citomegalovirus, toxoplasmosis, vaginosis bacteriana, infección del tracto urinario, herpes, lúes gestacional, HTLVII, VIH, Rubéola, Hepatitis, corioamnionitis.

∞ Diabetes, enfermedad tiroidea, anemia.

◊ Preeclampsia, eclampsia, síndrome HELLP.

Cuadro 2. Características neonatales según edad materna

Características	Adolescentes	Adultas jóvenes	P
	≤ 19 años n = 494 (%)	20 – 24 años n = 643 (%)	
Sexo: Femenino	226 (45.70)	297 (46.20)	0.86
Masculino	268 (54.20)	345 (53.60)	
Prematuro *	266 (53.80)	296 (46.00)	<0.01
Prematuro menor de 32 ss	92 (18.60)	133 (20.70)	0.40
Peso al nacer: < 1500 g	73 (14.80)	105 (16.30)	0.75
1500 – 2500 g	174 (35.20)	218 (33.90)	
> 2500 g	244 (49.30)	320 (49.80)	
Peso al Nacer < 2.500 g.	257 (43.86)	326 (56.14)	0.08
Apgar a los 5 minutos < 7	53 (53.54)	46 (46.46)	0.86
Días con oxígeno: No requirió	201 (40.70)	295 (45.90)	0.39
Hasta 7 días	185 (37.40)	245 (38.10)	
Más de 7 días	88 (17.80)	103 (16.00)	
Días intubado: No requirió	297 (60.10)	388 (60.30)	0.31
Hasta 7 días	126 (25.50)	193 (30.00)	
Más de 7 días	55 (11.10)	62 (9.60)	
Reanimación	213 (43.10)	280 (43.50)	0.88
Asfixia perinatal	41 (8.30)	64 (9.90)	0.34
Ictericia neonatal	113 (22.80)	169 (26.20)	0.18
Malformaciones congénitas ^δ	67 (13.50)	51 (7.90)	<0.01
Gastrosquisis	18 (3.60)	8 (1.20)	<0.01
Patología respiratoria [▼]	271 (54.90)	345 (53.60)	0.68
Patología infecciosa [◊]	168 (43.32)	229 (57.68)	0.57
Enterocolitis necrotizante	9 (34.62)	17 (65.38)	0.35
Hemorragia intraventricular	23 (69.70)	10 (30.30)	<0.01
Displasia broncopulmonar	13 (48.15)	14 (51.85)	0.61
Retinopatía del prematuro	4 (57.14)	3 (42.86)	0.45
Razón de egreso: Vivo	470 (95.10)	615 (95.60)	0.95
Muerto	18 (3.60)	24 (3.70)	

* Menor de 37 semanas.

^δ Anomalía congénita que representa un riesgo vital, requiere cirugía o implica secuelas estéticas severas.

[▼] Hipertensión pulmonar persistente del recién nacido, taquipnea transitoria del recién nacido, broncoaspiración de meconio, síndrome de distrés respiratorio, neumonía congénita.

[◊] Toxoplasmosis congénita, lúes congénita, sepsis neonatal temprana y tardía.

dencia, malformaciones congénitas mayores, gastrosquisis y hemorragia intraventricular. No se evidencian diferencias significativas en la mortalidad (**Cuadro 2**).

DISCUSIÓN

Los resultados de este estudio permiten identificar factores de índole social asociados

Cuadro 3. Modelo de regresión logística multivariado con las variables sociodemográficas y clínicas significativas y ajustadas asociados al embarazo adolescente en comparación al embarazo entre los 20 a 24 años

Variable	OR	IC 95%	ORa	IC 95%
Estudios hasta la primaria	4.12	(3.17– 5.36)	4.57	3.35 – 6.24
Sin compañero	1.77	(1.33 - 2.35)	1.80	1.25 – 2.60
Procedencia fuera de Cali	1.39	(1.08 – 1.80)	1.33	0.96 – 1.83
Menos de 3 controles prenatales	1.79	(1.33 – 1.40)	1.75	1.19 – 2.55
No planificaba	2.05	(1.56 – 2.70)	1.48	1.06 – 2.07
Patología materna hipertensiva	0.64	(0.45 – 0.91)	0.67	0.42 – 1.07
Nacimiento por cesárea	0.77	(0.61 -0.99)	0.79	0.56 – 1.11
Primigestante	0.23	(0.17 – 0.30)	0.22	0.16 – 0.31
Prematuro < 37 semanas	1.38	(1.08 – 1.74)	1.50	1.08 – 2.08
Malformaciones congénitas	1.82	(1.23 – 2.67)	1.31	0.75 – 2.29
Gastrosquisis	3.00	(1.29 – 6.96)	1.92	0.57 – 6.38
Hemorragia Intraventricular	3.08	(1.45 – 6.54)	1.53	0.59 – 3.94

Grupo de referencia: madres adultas jóvenes de 20 – 24 años.

significativamente al embarazo en adolescentes, como el tener una menor escolaridad, la falta de prácticas de planificación familiar, el no tener compañero y menor acceso a controles prenatales, lo cual se asoció con una mayor probabilidad de nacimiento prematuro.

Dichos resultados fueron similares a los encontrados en una investigación realizada en Eslovaquia por Diabelková, J. *et al.* quienes reportaron, que las madres adolescentes tenían mayor probabilidad de no tener compañero, menor nivel educativo y de menos controles prenatales¹⁸. Similar resultado se identificó en un estudio realizado por la OMS en 29 países de África, Asia, América Latina y Oriente Medio, determinando que las adolescentes menores de 15 años tenían mayor probabilidad de no tener compañero, menor nivel de educación y mayor frecuencia de lesiones de causa externa como exposición a violencia, accidentalidad o conductas autolesivas¹.

Otra investigación realizada en Buga, Colombia identificó que las madres en la adolescencia

temprana, media y tardía, al compararlas con las madres de 20 a 34 años, tenían menor educación, sin encontrar diferencias significativas respecto al número de controles prenatales en ambos grupos¹⁹.

Estudios previos han demostrado que el embarazo adolescente aumenta el riesgo de desenlaces perinatales adversos como bajo peso al nacer^{8,2)}, parto pretérmino¹⁰, Apgar menor a 7 a los 5 minutos¹¹ y muerte neonatal²⁰, reportando que entre más joven sea la madre es mayor la probabilidad en el recién nacido de estos resultados adversos^{1,12}.

En nuestro estudio, se evidenció que el nacimiento prematuro fue más frecuente en los recién nacidos de madres adolescentes, comparado con los hijos de madres adultas jóvenes, con una oportunidad 50% veces mayor de ser prematuros, resultado similar al evidenciado por Mendoza, L. *et al.*¹⁹. Para Conde, A. *et al.* en Latinoamérica la frecuencia de prematuridad también fue mayor en las madres menores de 19 años, respecto a las madres de 20 a 24 años¹².

Un metaanálisis realizado en Canadá, encontró un incremento del 23%, de la probabilidad de parto pretérmino en las gestantes adolescentes⁸. Sin embargo, en otros estudios como el realizado en población indígena adolescente de Australia, se encontró que los hijos de estas madres tenían proporciones similares de tener un bebé sano, prematuro o con bajo peso al nacer respecto a las madres adultas²¹. En nuestro estudio no se encontró diferencias significativas en cuanto a bajo peso al nacer, Apgar menor a 7 a los 5 minutos, ni mayor mortalidad neonatal en los hijos de madre adolescente a diferencia de lo reportado por la OMS¹⁾ y por Conde, A. *et al.*¹, los cuales reportan estos resultados.

Son diferentes las teorías que buscan explicar los resultados perinatales adversos, entre ellas se describe la inmadurez biológica, con una pelvis y útero inmaduro que lleva a procesos de decidualización alterada, con placentación defectuosa y riesgo mayor de preeclampsia²². También la adolescencia es un periodo de crecimiento y de modificaciones biológicas que aumentan los requerimientos de nutrientes como el hierro, lo cual podría asociarse a una competencia fetomaterna por los nutrientes a medida que avanza el embarazo, poniendo en riesgo el crecimiento, desarrollo y supervivencia fetal²³. Sin embargo, las teorías biológicas no son las únicas, encontrándose que factores psicosociales como los descritos anteriormente influyen de manera importante en estos resultados adversos, tal como se evidenció con el pobre control prenatal, que puede relacionarse con una menor detección de alteraciones nutricionales o procesos patológicos no solo en el feto, sino también en la madre. Adicionalmente, los factores psicosociales intrínsecos de esta etapa del ciclo vital, como la pobre anticipación a las nuevas responsabilidades y dificultades para la adaptación a la maternidad con exposición al estrés durante la gestación pueden llevar a implicaciones negativas para el feto y recién nacido¹⁶.

Son pocos los estudios que evalúan variables y desenlaces clínicos diferentes al bajo peso al nacer, prematuridad, Apgar menor a 7 a los 5 minutos y estado vital al egreso hospitalario. Es por este motivo que evaluamos otros desenlaces clínicos en los recién nacidos, encontrando una frecuencia mayor de malformaciones congénitas mayores como la gastrosquisis en los hijos de madres adolescentes en un 3.6% vs un 1.2% con una diferencia que inicialmente fue estadísticamente significativa (p 0.002), sin embargo posterior a realizar los ajustes de las variables perdió significancia estadística (ORa 1.92; IC 0.57 – 6.38), lo cual posiblemente se explica por el poco número de casos con dicho diagnóstico. El hallazgo de la mayor presentación de malformaciones congénitas como la gastrosquisis se evidenció en un estudio realizado por Serunjogi, R. *et al.* en Uganda, quienes encontraron que la prevalencia de gastrosquisis en los hijos de madres adolescentes fue mayor (7.3 por cada 10.000 nacidos vivos) respecto a la evidenciada en los hijos de madres entre los 20 a 34 años (1.6 por cada 10.000 nacidos vivos)²³.

La asociación entre el embarazo adolescente y la gastrosquisis ya ha sido reportada también en otros estudios como el realizado por Simerpal, K. *et al.* en Estados Unidos, encontrando que las madres menores de 20 años tenían asociación significativa con gastrosquisis, que se reduce a medida que aumentó la edad materna²⁴. Se ha planteado la hipótesis de que el mayor riesgo de gastrosquisis observado en la población más joven se debe a factores de riesgo como un índice de masa corporal bajo, tabaquismo, uso de drogas ilícitas, infecciones genitourinarias o de transmisión sexual²⁴.

Respecto a otros desenlaces clínicos como la duración de días con oxígeno, ventilación mecánica invasiva, requerimiento de reanimación cardio cerebro pulmonar, asfisia perinatal, ictericia neonatal, patología respiratoria e infecciosa, displasia broncopulmonar, hemorragia

intraventricular o retinopatía del prematuro no se encontraron diferencias estadísticamente significativas.

En cuanto a la vía de nacimiento el 65.3% de los hijos de madres adolescentes nacieron por vía vaginal, con una proporción menor de cesáreas en este grupo etario. Similar a como se evidenció en el estudio de Mendoza, L. *et al.* para quienes la vía vaginal fue indicada en el 72.5% de las madres adolescentes¹⁹. Otro estudio realizado en Cali, Colombia por Congote, L. *et al.* evidenció que el ser adolescente era un factor protector para el parto por cesárea en un 27%²⁵. Conde, A. *et al.* reportan que las madres adolescentes tienen un menor riesgo de ser llevadas a cesárea al compararlas con las madres adultas en un 17%¹². Hallazgos que difieren a lo informado por Islas, L. *et al* y en el estudio multicéntrico de la OMS quienes encontraron mayor proporción de parto por cesárea en las madres adolescentes, especialmente en el grupo más joven¹ y que estaría en mayor relación con la teoría de la inmadurez pélvica y estrechamiento del canal del parto, con mayor riesgo de parto prolongado e instrumentado¹².

Las consecuencias biológicas del embarazo adolescente se asocian en la madre con mayor riesgo de preeclampsia, eclampsia, anemia, infecciones y aborto inducido o espontáneo en comparación a las madres adultas de 20 a 24 años^{1,13}. En nuestro estudio, no se encontraron diferencias significativas en cuanto a la patología materna infecciosa u otras patologías maternas como diabetes pregestacional o gestacional, enfermedad tiroidea o anemia, pero si encontramos diferencias significativas en cuanto a la patología materna hipertensiva, siendo predominante en el grupo de las madres adultas jóvenes, lo cual difiere de lo encontrado en el estudio de la OMS, quienes evidenciaron una prevalencia mayor de preeclampsia y eclampsia¹.

LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Este estudio se realizó en un único centro y tuvo un diseño retrospectivo, lo que puede favorecer la aparición de sesgos, especialmente de selección, dado que la mayoría de la población pertenecía a estratos socioeconómicos bajos, con mayor probabilidad de exposición a condiciones sociales y biológicas adversas. Además, la presencia de historiales médicos incompletos podría haber generado sesgos de información, medición o clasificación. Fortalezas del estudio: A pesar de estas limitaciones, el trabajo aporta evidencia relevante al identificar el embarazo en adolescentes en una región con ingresos bajos y medianos, sobre la necesidad de intervenciones dirigidas a esta población.

CONCLUSIONES

En esta población de medianos y bajos ingresos se identificaron factores asociados con desenlaces adversos del embarazo en adolescentes, tales como menor planificación familiar, bajo nivel educativo, ausencia de pareja e inadecuado control prenatal, los cuales aumentan la probabilidad de parto prematuro. Estos hallazgos resaltan la necesidad de implementar estrategias orientadas a la prevención del embarazo en adolescentes, al fortalecimiento del acceso a los servicios de salud, al desarrollo de un control prenatal oportuno y de calidad, al asesoramiento en lactancia materna y al fomento del retorno al sistema educativo, con el fin de mejorar los resultados maternos y neonatales.

Agradecimiento

Reconocemos el apoyo del grupo de trabajo del Hospital Universitario del Valle, que participaron en esta investigación en especial al personal de las unidades de cuidado intensivo neonatal.

REFERENCIAS

- Ganchimeg T, Ota E, Morisaki N, Laopaiboon M, Lumbiganon P, Zhang J, et al. Pregnancy and childbirth outcomes among adolescent mothers: a World Health Organization multicountry study. *BJOG*. 2014;121 Suppl 1:40–8.
- González-Andrade F, Saeteros-Cordero X. Pregnancy in adolescence and adverse neonatal outcomes in Ecuadorian mestizo newborns. *Pediatr Neonatol*. 2020;61(2):216–23.
- Sully EA, Biddlecom A, Darroch JE, Riley T, Ashford LS, Lince-Deroche N, et al. Adding It Up: Investing in Sexual and Reproductive Health 2019. New York: Guttmacher Institute; 2020 [cited 2025 Jan 17]. Available from: https://www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/documents/publications/2009/adding_it_up_report.pdf
- World Health Organization. Adolescent pregnancy. Geneva: WHO; 2022 [cited 2025 Jan 17]. Available from: <https://www.who.int/health-topics/adolescent-pregnancy>
- Neal S, Matthews Z, Frost M, Fogstad H, Camacho AV, Laski L. Childbearing in adolescents aged 12–15 years in low-resource countries: A neglected issue. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2012;91(9):1114–8.
- Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. Colombia redujo la tasa de embarazo adolescente. Bogotá: MinSalud; 2021 [cited 2025 Jan 17]. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Colombia-redujo-la-tasa-de-embarazo-adolescente-.aspx>
- Arango JDO, Ramírez RV, Archila MF de la O, Vega A. Nacimientos en niñas y adolescentes en Colombia. 2nd ed. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud; 2021.
- DeMarco N, Twynstra J, Ospina MB, Darrington M, Whipple C, Seabrook JA. Prevalence of low birth weight, premature birth, and stillbirth among pregnant adolescents in Canada: A systematic review and meta-analysis. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 2021;34(4):530–7. doi:10.1016/j.jpag.2021.03.003
- Zhang T, Wang H, Wang X, Yang Y, Zhang Y, Tang Z, et al. The adverse maternal and perinatal outcomes of adolescent pregnancy: a cross-sectional study in Hebei, China. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2020;20(1):339. doi:10.1186/s12884-020-03022-7
- Bas EK, Bülbül A, Uslu S, Bas V, Elitok GK, Zubarioglu U. Maternal characteristics and obstetric and neonatal outcomes of singleton pregnancies among adolescents. *Med Sci Monit*. 2020;26:e923879.
- Mezmur H, Assefa A, Alemayehu T. An increased adverse fetal outcome has been observed among teen pregnant women in rural eastern Ethiopia: A comparative cross-sectional study. *Glob Pediatr Health*. 2021;8:1–13.
- Conde-Agudelo A, Belizán JM, Lammers C. Maternal-perinatal morbidity and mortality associated with adolescent pregnancy in Latin America: Cross-sectional study. *Am J Obstet Gynecol*. 2005;192(2):342–9.
- Wong SPW, Twynstra J, Gilliland JA, Cook JL, Seabrook JA. Risk factors and birth outcomes associated with teenage pregnancy: A Canadian sample. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 2019;33(2):153–9. doi:10.1016/j.jpag.2019.10.006
- Macintosh J, Callister LC. Discovering self: Childbearing adolescents' maternal identity. *MCN Am J Matern Nurs*. 2015;40(4):243–8.
- Figueiredo B, Tendais I, Dias CC. Maternal adjustment and maternal attitudes in adolescent and adult pregnant women. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 2014;27(4):194–201.
- Powers ME, Takagishi J. Care of adolescent parents and their children. *Pediatrics*. 2021;147(5):e2020049888. doi:10.1542/peds.2020-049888
- Dinwiddie KJ, Schillerstrom TL, Schillerstrom JE. Postpartum depression in adolescent mothers. *J Psychosom Obstet Gynecol*. 2018;39(3):168–75. doi:10.1080/0167482X.2017.1334051
- Diabelková J, Rimárová K, Dorko E, Urdzík P, Houžvičková A, Argalášová L. Adolescent pregnancy outcomes and risk factors. *Int J Environ Res Public Health*. 2023;20(5):3345.
- Mendoza TLA, Arias GM, Mendoza TLI. Hijo de madre adolescente: riesgos, morbilidad y mortalidad neonatal. *Rev Chil Obstet Ginecol*. 2012;77(5):375–82.
- Chen XK, Wen SW, Fleming N, Yang Q, Walker MC. Teenage pregnancy and congenital anomalies: Which system is vulnerable? *Hum Reprod*. 2007;22(6):1730–5.
- Steenkamp M, Boyle J, Kildea S, Moore V, Davies M, Rumbold A. Perinatal outcomes among young Indigenous Australian mothers: A cross-sectional study and comparison with adult Indigenous mothers. *Birth*. 2017;44(3):262–71.
- Brosens I, Muter J, Ewington L, Puttemans P, Petraglia F, Brosens JJ, et al. Adolescent preeclampsia: Pathological drivers and clinical prevention. *Reprod Sci*. 2019;26(2):159–71. doi:10.1177/1933719118804412
- Serunjogi R, Mosha LB, Mwanja DM, Williamson D, Valencia D, Tinker SC, et al. Comparative analysis of perinatal outcomes and birth defects amongst adolescent and older Ugandan mothers: Evidence from a hospital-based surveillance database. *Reprod Health*. 2021;18(1):142. doi:10.1186/s12978-021-01115-w
- Gill SK, Broussard C, Devine O, Green RF, Rasmussen SA, Reefhuis J. Association between maternal age and birth defects of unknown etiology: United States, 1997–2007. *Birth Defects Res A Clin Mol Teratol*. 2012;94(12):1010–8.
- Congote-Arango LM, Vélez-García MA, Restrepo-Orrego L, Cubides-Munévar Á, Cifuentes-Borrero R. Adolescence as a risk factor for maternal and perinatal complications in Cali, Colombia, 2002–2007: A cross-sectional study. *Rev Colomb Obstet Ginecol*. 2012;63(2):119–26.