

## Original

# Gestación sin controlar y su impacto socio-sanitario en una población pediátrica

L. CALLE MIGUEL, R. PARDO DE LA VEGA, G. SOLÍS SÁNCHEZ, E. LOMBRAÑA ÁLVAREZ, C. PÉREZ MÉNDEZ, M.T. GONZÁLEZ MARTÍNEZ

*Servicio de Pediatría. Hospital de Cabueñes. Gijón, Asturias.*

### RESUMEN

**Introducción.** El seguimiento prenatal ha logrado un aumento importante de la supervivencia neonatal. El mal control del embarazo está en relación con el nivel socio-económico y otros factores sociales complejos.

**Pacientes y métodos.** Estudio observacional, retrospectivo y descriptivo de los recién nacidos de gestaciones no controladas en el Hospital de Cabueñes (Gijón, Asturias) entre 2006 y 2010, seguido de un análisis comparativo con una población control.

**Resultados.** Se registraron 92 gestaciones no controladas (8,31 casos/1000 recién nacidos). El 45,7% de las madres eran españolas y un 14,1% declararon consumir sustancias de abuso. La edad gestacional media fue de 37,7 semanas. Un 20,7% de los niños fueron cedidos para adopción y se procedió a la retirada definitiva de la custodia en el 10,9% de los casos. Se detectaron dos serologías postnatales positivas para el Virus de la Inmunodeficiencia Humana y tres para la Hepatitis C.

Respecto al grupo control, las madres que no controlaron el embarazo fueron significativamente más jóvenes (26,9 vs 32,1 años) y tenían más hijos previos (1,73 vs 0,5) e interrupciones voluntarias del embarazo (0,34 vs 0,02). Sus hijos presentaron mayor porcentaje de prematuridad (25% vs 5,4%) y de ingresos en Cuidados Intensivos Neonatales

(6,6% vs 2,2%) y peor adherencia a las Consultas Externas (53,4% vs 95,5%).

**Conclusiones:** El mal control del embarazo supone un problema relativamente frecuente en nuestro medio. Las madres se ajustan mayoritariamente a un perfil social característico. Estos niños presentan mayor prematuridad y morbilidad en el periodo neonatal y peor seguimiento hospitalario posterior.

**Palabras clave:** Cuidados prenatales; Embarazo; Embarazo en la adolescencia; Embarazo no controlado; Problemas sociales; Transmisión vertical de enfermedades infecciosas.

### ABSTRACT

**Background.** Routine antenatal care has increased neonatal surviving rates. Non-attending for antenatal care visits is related to several complex social and economical factors.

**Patients and methods.** An observational, retrospective, descriptive review of all the infants born in Hospital de Cabueñes (Gijón, Asturias) following pregnancies with inadequate antenatal care between 2006 and 2010 and comparison with a control group.

**Results.** Ninety-two pregnancies (8.31 cases/1000 live-born infants) did not attend any antenatal care visits. Forty-five percent of the mothers were Spanish and 14.1% reported

*Presentado en el XXIII Congreso de Neonatología y Medicina Perinatal de la Sociedad Española de Neonatología (Oviedo, 5-7 de Octubre de 2011) y en el XXIV Memorial Guillermo Arce y Ernesto Sánchez Villares de la Sociedad de Pediatría de Asturias, Cantabria y Castilla-León (Oviedo, 25-26 de noviembre de 2011)*

*Correspondencia:* Laura Calle Miguel. Servicio de Pediatría. Hospital de Cabueñes. Camino de los Prados, 395. 33203 Gijón. Correo electrónico: laura.calle.miguel@hotmail.com

© 2013 Sociedad de Pediatría de Asturias, Cantabria, Castilla y León  
Éste es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la licencia Reconocimiento-No Comercial de Creative Commons (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/2.5/es/>), la cual permite su uso, distribución y reproducción por cualquier medio para fines no comerciales, siempre que se cite el trabajo original.

drug abuse during pregnancy. Average gestational age was 37.7 weeks. Twenty-one percent of the newborns were given up for adoption, and the child's custody was removed from the parents in 10.9% of cases. Two cases of Human Immunodeficiency Virus infection and three cases of hepatitis C virus infection were found in postnatal serology studies.

Compared to the control group, mothers without antenatal pregnancy care were significantly younger (26.9 vs 32.1 years old) and were more likely to have more previous children (1.73 vs 0.5) and previous voluntary pregnancy interruptions (0.34 vs 0.02). Prematurity rates (25% vs 5.4%) and admission to the Neonatal Intensive Care Unit (6.6% vs 2.2%) were more frequent in these children, as well as a worse adherence to follow-up in the Outpatient Clinic (53.4% vs 95.5%).

**Conclusions.** Lack of antenatal care is a relatively common problem in our area. Mothers generally share a characteristic social profile and their infants show higher prematurity and morbidity rates in the newborn period and are less likely to attend follow-up visits.

**Key words:** Antenatal care; Pregnancy; Pregnancy in adolescence; Unwanted pregnancy; Social problems; Vertical infectious disease transmission.

## INTRODUCCIÓN

El embarazo es un proceso fisiológico y, por tanto, cualquier intervención médica que se lleve a cabo durante su curso requiere que tenga unos beneficios y que sea aceptada por la mujer gestante<sup>(1)</sup>. Aun en condiciones ideales, siempre existe un cierto grado de riesgo para la salud de la madre y del feto<sup>(2)</sup>. Diversos organismos, como el National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE)<sup>(1)</sup> y la Organización Mundial de la Salud (OMS)<sup>(3,4)</sup> han establecido, a partir de la evidencia científica actual, una serie de consejos antenatales para lograr un adecuado seguimiento de la gestación, minimizar la morbilidad y mortalidad materno-fetal e identificar aquellas mujeres, aproximadamente un 25% del total de las gestantes, con condiciones de salud especiales que requieren un seguimiento obstétrico más estrecho<sup>(2,3)</sup>. Los controles prenatales detectan pocas complicaciones graves para la vida de las madres, pero han logrado un aumento importante de la tasa de supervivencia neonatal<sup>(2,3)</sup>, gracias a la optimización de la asistencia al parto y del manejo del neonato.

La magnitud de este problema está en estrecha relación con el nivel socioeconómico. En los países en vías de desarrollo la adherencia a estos programas se sitúa en torno al 68%<sup>(3)</sup> y está determinada, entre otros factores, por el nivel

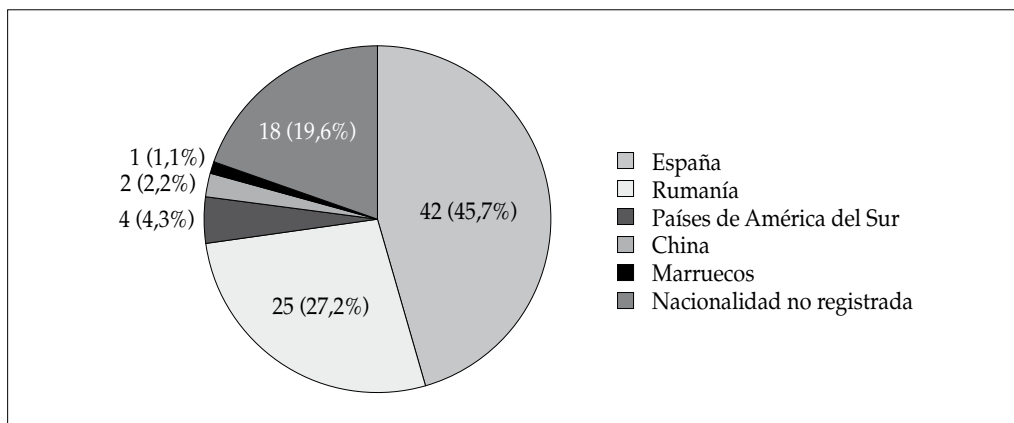
de educación, el estado civil, la religión y las creencias culturales<sup>(5)</sup>. La tasa de seguimiento prenatal se aproxima al 98% en regiones industrializadas<sup>(3)</sup>. Existe, por tanto, un porcentaje considerable de mujeres que no realizan ningún control del embarazo debido a múltiples causas, la mayoría de índole social. El NICE distingue cuatro grandes grupos de mujeres con riesgo de padecer problemas sociales graves que suponen una barrera para la utilización de este recurso: gestantes que abusan de sustancias tóxicas, mujeres inmigrantes, jóvenes con edad inferior a 20 años y gestantes que sufren violencia de género<sup>(6)</sup>.

A pesar de ser una situación relativamente frecuente en nuestro medio, las publicaciones sobre este tema son escasas. No existen, en el momento actual, protocolos consensuados a nivel nacional para el manejo de los recién nacidos de gestaciones no controladas, por lo que consideramos pertinente la realización de un estudio en nuestro Área Sanitaria para conocer la frecuencia de este problema, analizar los aspectos epidemiológicos y los factores socio-familiares, estudiar la morbimortalidad en el periodo neonatal y en el seguimiento posterior, conocer la utilidad y rendimiento de las pruebas realizadas en el estudio de la gestación sin controlar y analizar los recursos sanitarios hospitalarios y los recursos sociales utilizados en estos pacientes.

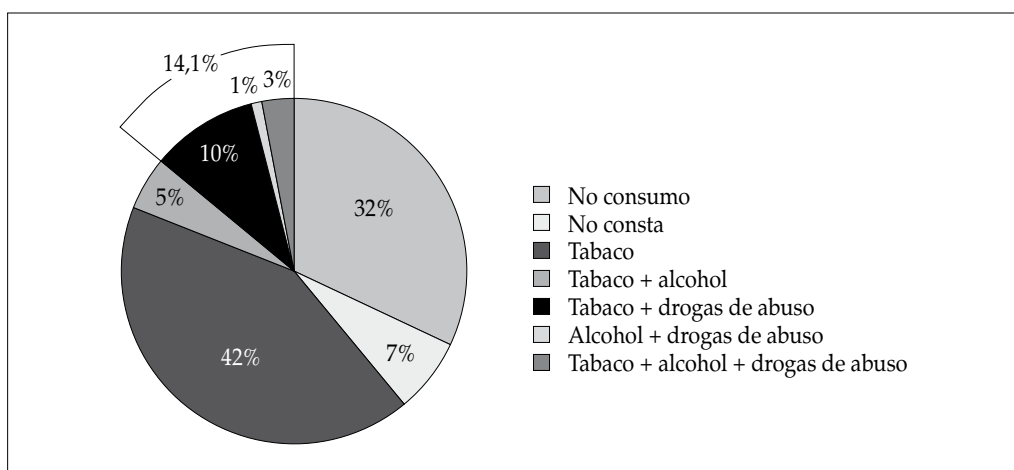
## PACIENTES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional, retrospectivo, descriptivo y comparativo de todos los niños nacidos de embarazos no controlados en el Hospital de Cabueñes (Gijón, Asturias) entre el 1 de enero de 2006 y el 31 de diciembre de 2010. Se consideraron gestaciones mal controladas aquellas en las que se registró una ausencia de ecografías fetales y/o serologías maternas durante la misma. Inicialmente se incluyeron también en la búsqueda los recién nacidos hospitalizados en la Unidad de Neonatología por problemas sociales, trámites de adopción, hijos de madre toxicómana o riesgo de infecciones de transmisión vertical y, tras la revisión de la historia clínica, se excluyeron aquellos casos que cumpliesen con un control mínimo del embarazo (al menos una serología y una ecografía prenatal).

Se realizó un estudio basal a estos neonatos consistente en hematimetría, bioquímica, ecografía abdominal y cerebral, estudios microbiológicos (hemocultivo y serologías de microorganismos con riesgo de producir infecciones de transmisión vertical), detección de sustancias tóxicas en orina por consumo materno si existía sospecha clínica y valoración del entorno socio-familiar por los Servicios Sociales del hospital.



**Figura 1.** Nacionalidad de las madres con gestación sin controlar.



**Figura 2.** Consumo mater-no de tóxicos durante el embarazo (gestaciones no controladas).

Mediante la revisión de las historias clínicas y a través de la página web interna del hospital<sup>(8)</sup>, se recogieron datos sobre los antecedentes socio-familiares de ambos progenitores y obstétricos maternos, sobre la gestación y el parto, características clínicas del periodo neonatal y seguimiento hospitalario posterior de los pacientes. Posteriormente, se creó un grupo control compuesto por los niños nacidos inmediatamente después de cada caso y con un adecuado control del embarazo y se compararon las variables pertinentes.

El análisis estadístico se efectuó mediante los programas informáticos Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 17.0 y Epidat 4.0. En una primera fase se realizó un estudio descriptivo; se calcularon frecuencias absolutas y relativas para las variables cualitativas y medidas de tendencia central y de dispersión para las variables cuantitativas. Para la fase comparativa se utilizaron los test de chi-cuadrado (variables cualitativas), t-Student (variables cuantitativas) y el análisis de la varianza (ANOVA). Se consideró diferencia estadísticamente significativa un nivel de significación (p) menor de 0,05.

## RESULTADOS

### Fase descriptiva

Se registraron 92 recién nacidos de gestaciones no controladas sobre un total de 11.067 recién nacidos vivos en nuestro hospital, lo que supone una incidencia media de 8,3 casos por cada 1.000 recién nacidos vivos y un 3,6% del total de las hospitalizaciones en Neonatología. Los 92 niños provienen de 80 madres diferentes: nueve madres tuvieron otro hijo fruto de gestaciones sin controlar y una madre tuvo en el periodo de estudio cuatro hijos sin controles prenatales.

La edad media de las madres en el momento de parto fue de 26,9 años (IC 95% 25,6-28,3, rango entre 12 y 44 años); quince tenían menos de 20 años. Un 45,7% de las madres eran españolas (Fig. 1). Más de la mitad de ellas (54,3%) carecía de un salario remunerado y el 69,6% tenía una pareja estable. El 60,9% refería haber sido fumadoras durante el embarazo, con un consumo medio de 11,4 cigarrillos/día (Fig. 2). En 13 casos (14,1%) las madres declararon consumo de sustancias de abuso durante la gestación (cinco casos de

TABLA I. COMPARACIÓN DE RESULTADOS ECOGRÁFICOS.

Casos (n=92) Ecografías postnatales	Controles (n=92) Ecografías prenatales
ECOGRAFÍAS CEREBRALES	
- Tres lesiones quísticas*	1
	- Megacisterna magna 1
ECOGRAFÍAS ABDOMINALES	
- Ectasia piélica leve	10
- Hipertrofia glándulas suprarrenales	1
- Ascitis	1
- Hemangioma hepático	1
- Hepatomegalia	1
	- Ectasia piélica leve 2
	- Ectasia piélica moderada + dilatación ureteral bilateral 1

\*Tres lesiones quísticas (la mayor de 6 mm de diámetro) en zona periventricular de ventrículo lateral izquierdo.

consumo de cannabis, cinco de cocaína, uno de metadona y dos de consumo combinado de cannabis y cocaína). El 76,1% de las madres refería no padecer ninguna enfermedad importante. En el resto, las patologías respiratorias fueron las más frecuentes (8,7%), fundamentalmente asma, seguidas de las infecciosas (5,4%). El 75% de las madres tenía algún hijo previo (media de 1,7; IC 95% 1,4-2,0) y el 41,3%, historia de abortos anteriores (media de 0,6; IC 95% 0,5-0,8). Quince madres tenían antecedentes de interrupciones voluntarias del embarazo. La edad media de los padres fue de 29,2 años (IC 95% 27,2-31,2); las nacionalidades paternas más frecuentes fueron la española (40,2%) y la rumana (23,9%).

En 35 casos (38%) el embarazo no fue deseado y ocho madres referían desconocer el estado de gravidez. El 22,8% sufrió algún tipo de incidencia durante la gestación (especialmente metrorragias e infecciones del tracto urinario) y recibió algún tratamiento farmacológico (los más consumidos fueron los analgésicos, los antibióticos, la medicación inhalada antiastmática y los antidepresivos).

La edad gestacional media de los recién nacidos fue de 37,7 semanas (IC 95% 37,2-38,2). Hubo tres casos (3,3%) de gran prematuridad de 27, 28 y 30 semanas de edad gestacional. El parto ocurrió extramuros en nueve ocasiones (9,8%) y fue eutócico en la mayoría de los casos (84,8%); el 9,8% precisó cesárea y el 5,4%, parto vaginal instrumental. El 11,9% requirió alguna medida de reanimación neonatal tras el parto. El 50% de los recién nacidos fueron varones. El peso medio fue de 2.926 gramos (IC 95% 2.804-3.048, rango entre 1.070 y 3.935 gramos); el 19,6% presentó un peso inferior a 2.500 gramos.

Seis pacientes (6,6%) requirieron ingreso en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN): tres casos de prematuridad extrema, un síndrome de aspiración meconial, un caso de taquicardia supraventricular y un traumatismo

craneoencefálico en un parto extramuros combinado con anemia y fallo prerrenal. Se solicitó ecografía cerebral en el 95,7% de los neonatos y ecografía abdominal en el 94,6%, encontrando alteraciones en una de las ecografías cerebrales (hallazgo incidental) y en 14 de las abdominales (Tabla I); todas las ectasias piélicas detectadas medían entre 4 y 10 mm. No se aislaron gérmenes patógenos en ninguno de los hemocultivos realizados al ingreso. Todas las determinaciones en el recién nacido del antígeno de superficie del VHB (HBs Ag) fueron negativas. Se halló positividad en una serología para *Treponema pallidum*, (anticuerpos transmitidos de una madre con infección pasada y curada) y dos casos de anticuerpos positivos frente al Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) con estudios virológicos negativos. La determinación de anticuerpos frente al antígeno recombinante del VHC fue positiva en tres casos, descartándose infección congénita en uno; en el resto no fue posible por fallecimiento o porque el seguimiento se realizó en otro hospital (Tabla II).

El análisis de sustancias tóxicas en la orina del recién nacido resultó positivo en 15 de los 81 niños a los que se le realizó esta prueba: seis casos de determinación positiva a cannabis, tres a cocaína, tres a benzodiazepinas, uno a metadona y dos a una combinación de sustancias. Dos niños recibieron tratamiento con fenobarbital por síndrome de abstinencia. Se realizó una interconsulta al Servicio de Trabajo Social del hospital en 85 casos (92,4%), como se muestra en la figura 3.

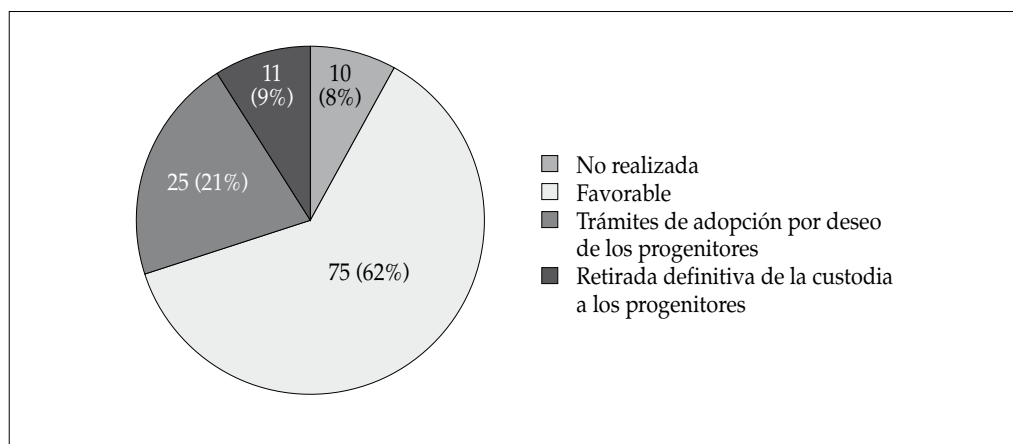
Se analizó el seguimiento posterior en nuestro hospital en 62 niños; el resto no fue posible por quedar bajo la tutela de los Servicios Sociales del Principado de Asturias (adopciones y retiradas de custodia), traslado a otras comunidades y éxitos en un caso.

Se programó una cita para revisión en Consultas Externas de Neonatología en 35 casos (56,5%), pero 16 no asistieron

**TABLA II.** COMPARACIÓN DE RESULTADOS DE LOS ESTUDIOS SEROLÓGICOS.

		Casos (n=92) Serologías postnatales en el recién nacido Nº casos	Controles (n=92) Serologías maternas prenatales Nº casos
Virus de la hepatitis B <sup>1</sup>	No realizado	6	10
	Positivo	0	0
Virus de la hepatitis C <sup>2</sup>	No realizado	11	89
	Positivo	3	0
Virus de la Inmunodeficiencia Humana <sup>3</sup>	No realizado	6	14
	Positivo	2	0
Lúes <sup>4</sup>	No realizado	4	10
	Positivo	1 (infección pasada)	1 (infección pasada)

<sup>1</sup>Enzimoimmunoanálisis en micropartículas (3ª generación) para la detección del antígeno de superficie de VHB (HBs Ag).  
<sup>2</sup>Enzimoimmunoanálisis en micropartículas (3ª generación) para la determinación cualitativa de anticuerpos anti-VHC (anticuerpos estructurales y no estructurales del genoma del virus).  
<sup>3</sup>Enzimoimmunoanálisis en micropartículas para la determinación cualitativa de anticuerpos anti-VIH1, anti-VIH2 y anti-Ag p24.  
<sup>4</sup>Cribado de anticuerpos no treponémicos mediante enzimoimmunoanálisis. Confirmación mediante pruebas treponémicas.



**Figura 3.** Valoración por el Servicio de Trabajo Social.

(45,7%). Estos niños acudieron al Servicio de Urgencias del Hospital una media de 2,3 veces/paciente (IC 95% 1,5-3,1; rango 0-13 visitas) y requirieron una media 0,5 ingresos/paciente (IC 95% 0,2-0,8; rango 0-7 hospitalizaciones).

**Fase comparativa** (Tabla III)

Las madres sin seguimiento prenatal fueron de manera significativa más jóvenes que las madres del grupo control (p<0,001), presentaron más antecedentes de enfermedad (p=0,03) y tuvieron más gestaciones previas, hijos anteriores e interrupciones voluntarias del embarazo. Se detectó un mayor número de incidencias durante la gestación en estas

madres (diferencia no significativa) y un mayor consumo de medicamentos (p=0,032).

La edad gestacional media de los recién nacidos de embarazos no controlados fue significativamente menor (p<0,001), con diferencias más llamativas en el grupo de los denominados prematuros tardíos (Fig. 4). Hubo un caso de parto extramuros en el grupo control y nueve en el grupo a estudio (p=0,009). Once recién nacidos de embarazos sin controlar precisaron maniobras de reanimación neonatal al nacimiento, frente a ocho del grupo control (p>0,05). Se observaron diferencias significativas entre ambos grupos en cuanto al peso, longitud y perímetro cefálico medios

TABLA III. COMPARACIÓN DE DISTINTAS VARIABLES EN AMBOS GRUPOS.

	Casos (n=92)	Controles (n=92)	Significación estadística
<b>Antecedentes maternos</b>			
Edad materna (años)	26,9 ± 1,35	32,1 ± 1,19	p<0,001
Madre sana	70 (76,1%)	82 (89,1%)	p=0,030
Número de gestaciones previas	2,36 ± 0,37	0,88 ± 0,2	p<0,001
Número de hijos previos	1,73 ± 0,31	0,50 ± 0,14	p<0,001
Número de abortos previos	0,64 ± 0,19	0,41 ± 0,13	p=0,058
Número de IVE previos	0,34 (n=74)	0,02 (n=65)	p=0,002
<b>Datos de la gestación y del parto</b>			
Incidencias durante la gestación	21 (22,8%)	17 (18,5%)	p=0,456
Tratamientos	21 (22,8%)	9 (9,8%)	p=0,032
Edad gestacional media (semanas)	37,7 ± 0,51	39,6 ± 0,38	p<0,001
Prematuridad	23 (25%)	5 (5,4%)	p=0,001
Parto extramuros	9 (9,8%)	1 (1,1%)	p=0,009
Parto eutócico	78 (84,8%)	72 (78,3%)	p=0,078
Reanimación	11 (11,9%)	8 (8,7%)	p=0,343
<b>Características clínicas del periodo neonatal</b>			
Sexo masculino	46 (50%)	49 (53,3%)	p=0,658
Peso medio al nacimiento (gramos)	2.927 ± 122	3.192 ± 94	p=0,003
Peso al nacimiento < 2.500 gramos	18 (19,6%)	6 (6,5%)	p=0,035
Longitud media al nacimiento (cm)	47,5 ± 0,6	49,4 ± 0,47	p<0,001
PC medio al nacimiento (cm)	33,2 ± 0,42	34,1 ± 0,31	p=0,001
Z-score peso	-0,05 ± 0,23	-0,22 ± 0,18	p=0,245
Z-score longitud	-0,50 ± 0,24	-0,23 ± 0,22	p=0,084
Z-score PC	-0,26 ± 0,20	-0,25 ± 0,19	p=0,961
Ingreso en UCIN	6 (6,6%)	2 (2,2%)	p<0,001
<b>Seguimiento hospitalario posterior</b>			
Asistencia a Consultas Externas de Neonatología	54,3% (n=35)	95,5%	p<0,001
Nº de visitas a Urgencias	2,29 ± 0,76	3,62 ± 0,95	p=0,046
Nº de ingresos posteriores	0,47 ± 0,30	0,24 ± 0,12	p=0,156

IVE: interrupción voluntaria del embarazo. PC: perímetro cefálico. UCIN: Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales

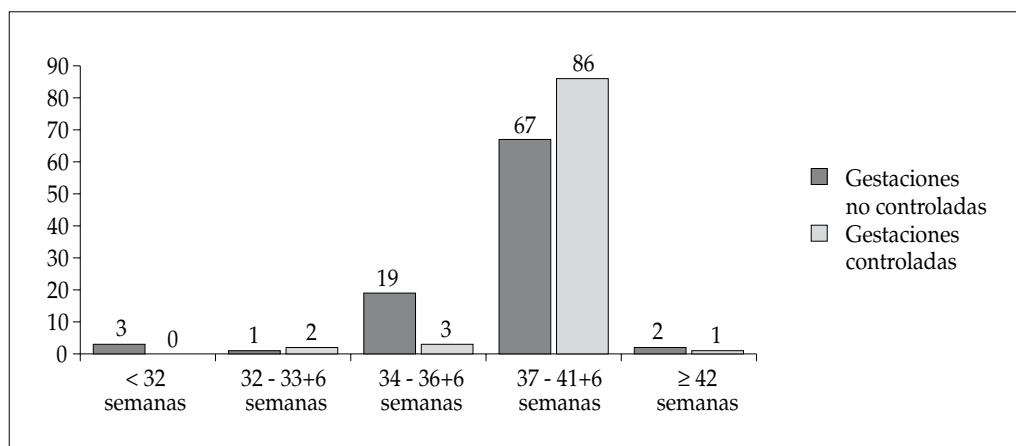
al nacimiento, pero no en el Z-score de dichos parámetros somatométricos ajustados a la edad gestacional. Tampoco se encontraron diferencias en la modalidad del parto ni en el sexo del recién nacido.

En el grupo control ingresaron al nacimiento trece niños; dos de ellos precisaron ingreso en la UCIN. Los principales hallazgos ecográficos y serológicos prenatales y postnatales de ambos grupos se detallan en las tablas I y II. Se solicitó una cita para seguimiento en 15 niños del grupo control (16,3%) y todos acudieron a la primera consulta. Este grupo mostró una mejor adherencia global a las Consultas Externas de Neonatología (p<0,001) y un mayor número de visitas a Urgencias del hospital (p=0,046), pero no se encontraron diferencias en cuanto al número de ingresos posteriores (p=0,156) ni en la relación de ingresos por cada visita a Urgencias (p=0,180).

## DISCUSIÓN

Las gestaciones sin controlar suponen en nuestro medio el 0,83% del total de embarazos, datos similares a los presentados por otros estudios a nivel mundial<sup>(2,3,8)</sup>, y el 3,6% del total de las hospitalizaciones en la Unidad de Neonatología de nuestro hospital, similar al número de ingresos por peso al nacimiento inferior a 1.500 gramos. Se trata, por tanto, de un problema relativamente frecuente en nuestra actividad asistencial.

Un porcentaje elevado de casos se corresponden con los grupos clasificados por el NICE como grupos con factores sociales complejos<sup>(6)</sup>. Así, encontramos un 16,3% de gestantes menores de 20 años, un 34,8% de madres extranjeras y un 14,1% con consumo de sustancias de abuso durante el embarazo. Estas gestantes suelen pertenecer de forma



**Figura 4.** Distribución de la edad gestacional en los grupos estudiados.

simultánea a varios de estos grupos de riesgo, por lo que es fundamental la detección precoz a nivel de Atención Primaria y de los Servicios Sociales. Un estudio realizado en nuestro Área Sanitaria halló una incidencia media de 7,97 hijos de madre toxicómana por cada 1.000 recién nacidos vivos, un tercio de los cuales carecía de control médico del embarazo<sup>(9,10)</sup>. La población extranjera residente alcanza en Asturias el 4,7% de la población<sup>(11)</sup>. Estudios realizados a nivel nacional observaron un alto porcentaje de gestaciones no controladas en el colectivo inmigrante, asociadas a un mayor número de incidencias durante la gestación y complicaciones perinatales<sup>(12,13,14)</sup>, y una mayor seroprevalencia de VIH, VHB, toxoplasma y sífilis respecto a la población española<sup>(15)</sup>.

Se han encontrado diferencias en cuanto a la edad gestacional en ambos grupos. El cálculo de la edad gestacional de los embarazos no controlados es en ocasiones impreciso y subjetivo, pero estudios realizados sobre este tema observan también un mayor índice de partos prematuros en este colectivo<sup>(8,12)</sup>. El mayor porcentaje de prematuridad puede ser debido directamente a la falta de seguimiento del embarazo y a un mayor número de incidencias de carácter agudo, que culminan con un adelanto en la fecha del parto. Las diferencias encontradas en el peso, longitud y perímetro cefálico medios de los recién nacidos de ambos grupos parecen debidas a la prematuridad y no a un retraso del crecimiento intrauterino. Al igual que se ha visto en otras áreas sanitarias<sup>(8,12)</sup>, no hay en nuestra población una asociación entre el mal control del embarazo y una mayor tasa de partos distócicos.

Los recién nacidos de gestaciones no controladas tuvieron un 20% más de riesgo de precisar maniobras de reanimación neonatal que el grupo control, lo que resulta clínicamente relevante. El mayor número de partos extramuros, el

mayor porcentaje de ingresos en la UCIN y el elevado índice de prematuridad reflejan una mayor morbilidad perinatal en los recién nacidos de gestaciones no controladas.

Las serologías postnatales positivas reflejan un riesgo de transmisión vertical de infecciones y una situación potencialmente grave para el neonato. No podemos establecer comparaciones en el caso de la hepatitis C, ya que no es un control rutinario de la gestación<sup>(16)</sup>, si bien existen situaciones de riesgo que justifican la detección de esta infección en la embarazada<sup>(10,16)</sup>. En un estudio realizado en nuestra población se detectó un 1,3% de gestantes seropositivas para este virus, con un alto porcentaje de mujeres que desconocían la infección y no reconocían antecedentes de riesgo, lo que lleva a cuestionar la detección poblacional basada exclusivamente en la pertenencia a "grupos de riesgo"<sup>(17)</sup>. Cabe destacar la detección de serologías positivas frente a VIH, teniendo en cuenta que actualmente podemos prevenir la transmisión vertical casi en su totalidad si identificamos precozmente la infección en la embarazada y aseguramos el acceso al control obstétrico y al tratamiento<sup>(18)</sup>. Así, tras la introducción de estas recomendaciones, el riesgo de transmisión vertical de la infección por VIH ha disminuido a menos del 2% en Europa, estando en España situado por debajo del 1%<sup>(18)</sup>. Se detectaron varios casos de alteraciones ecográficas postnatales que requerían medidas terapéuticas y/o un seguimiento posterior más estrecho. Los datos serológicos y ecográficos resaltan la importancia del seguimiento prenatal y corroboran la utilidad de estas pruebas diagnósticas en el estudio del neonato sin control del embarazo.

Las pautas de manejo de estos recién nacidos son muy diversas. El ingreso hospitalario permite hacer un estudio adecuado y valorar el entorno socio-familiar, visto el alto porcentaje de embarazos no deseados, de intervenciones de los Servicios Sociales y la escasa adherencia a las Consultas

Externas. Por otro lado, la rotura del vínculo materno-fetal, la mayoría de las veces debilitado por un entorno desfavorable, puede provocar una mayor desconfianza hacia el personal sanitario y un peor seguimiento tras el alta. Dado que se trata de una situación frecuente, sería aconsejable alcanzar un plan de actuación consensuado o unas pautas de actuación similares en los distintos centros hospitalarios.

Este trabajo presenta varias limitaciones. En primer lugar, es importante definir de forma precisa los criterios mínimos de control del embarazo; en nuestro estudio hemos considerado la realización de una prueba serológica y ecográfica, ya que son las determinaciones principales a realizar en estos niños. Es un estudio retrospectivo y, por tanto, muestra dificultades a la hora de la recogida de los datos, especialmente teniendo en cuenta que los factores sociales son muchas veces ocultados al personal sanitario, y con un periodo de seguimiento no suficientemente largo para establecer conclusiones firmes respecto a la evolución de estos niños. Un porcentaje importante de pacientes fueron acogidos por los Servicios Sociales del Principado de Asturias, por lo que no pudimos analizar su evolución tras el periodo neonatal. Parece, *a priori*, que estos niños pueden verse afectados por factores socio-familiares más desfavorables que influyan sobre su condición sanitaria.

Podemos concluir que el mal control del embarazo supone un problema relativamente frecuente en nuestro medio. Las madres que no controlan adecuadamente el embarazo se ajustan en un amplio porcentaje a un perfil social característico: madres jóvenes, sin trabajo, inmigrantes, consumidoras de sustancias tóxicas, con mayor número de hijos e interrupciones voluntarias del embarazo y con gestaciones no deseadas, por lo que la colaboración con los Servicios Sociales es imprescindible. Sus hijos presentan una tasa significativamente mayor de prematuridad y de morbilidad en el periodo neonatal respecto a la población general y un peor seguimiento posterior en las Consultas Externas. Los estudios ecográficos y serológicos realizados al nacimiento en estos niños son importantes para la detección de anomalías y la prevención de infecciones de transmisión vertical.

## BIBLIOGRAFÍA

1. National Institute for Health and Clinical Excellence. Antenatal care: routine care for the healthy pregnant women. NICE clinical guideline 62 [Internet]. London; 2010. Disponible en: <http://guidance.nice.org.uk/CG62> [acceso 5 de mayo de 2011].
2. Tajada Duaso M, Ornat Clemente L, Carazo Hernández B, Fabre González E. Antepartum care. En: Carrera JM, editor. Recommendations and Guidelines for Perinatal Medicine [libro en Internet]. 1ª ed. Barcelona; 2007. p. 57-64. Disponible en: [http://issuu.com/madres-mundi/docs/recommendations\\_perinatal](http://issuu.com/madres-mundi/docs/recommendations_perinatal) [acceso 23 de mayo de 2011].
3. AbouZahr C, Wardlaw T. Antenatal care in developing countries. Promises, achievements and missed opportunities. An analysis of trends, levels and differentials, 1990-2001. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data. Geneva: World Health Organization; 2003. Disponible en: [http://www.childinfo.org/files/antenatal\\_care.pdf](http://www.childinfo.org/files/antenatal_care.pdf) [acceso 5 de mayo de 2011].
4. Villar J, Ba'aqeel H, Piaggio G, Lumbiganon P, MBelizán M, Farnot U, et al. WHO antenatal care randomized trial for the evaluation of a new model of routine antenatal care. *Lancet*. 2001; 357: 1551-64.
5. Simkhada B, Teijlingen ER, Porter Maureen, Simkhada P. Factors affecting the utilization of antenatal care in developing countries: systematic review of the literature. *JAN*. 2008; 61: 244-60.
6. National Institute for Health and Clinical Excellence. Pregnancy and complex social factors: a model for service provision for pregnant women with complex social factors. NICE clinical guideline 110 [Internet]. London; 2010. Disponible en: <http://guidance.nice.org.uk/CG110> [acceso 5 de mayo de 2011].
7. Página web del Hospital de Cabueñes. Intranet. <http://10.15.88.107/defaultP.asp>
8. LILACS [base de datos en Internet]. Santiago de Chile: 1995. Lutz Merech K, Santander Donoso MT. Embarazo no controlado: resultados maternos y perinatales. Disponible en: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online> [acceso 23 de mayo de 2011].
9. Solís Sánchez G, Pérez Méndez C, Rodríguez Posada R, Montemayor Rubio MA, Rodríguez Fernández A, Matesanz Pérez JL. Aspectos perinatales de 48 hijos de madre toxicómana. *Bol Pediatr*. 1995; 36: 209-14.
10. Martín Mardomingo MA, Solís Sánchez G, Málaga Guerrero S, Cuadrillero Quesada C, Pérez Méndez C, Matesanz Pérez JL. Consumo de drogas durante el embarazo y morbilidad neonatal: cambios epidemiológicos en los últimos 10 años. *An Pediatr*. 2003; 58: 574-9.
11. Avance del padrón municipal a 1 de Enero de 2011. Notas de Prensa. Instituto Nacional de Estadística. Disponible en: <http://www.ine.es/prensa/np648.pdf>.
12. Manzanares Galán S, López Gallego MF, Gómez Hernández T, Martínez García N, Montoya Ventoso F. Resultados del mal control del embarazo en la población inmigrante. *Prog Obstet Ginecol*. 2008; 51: 215-23.
13. Mata Zubillaga D, Ledesma Benítez I, Morales Sánchez R, Rosón Varas M, Lapeña López de Armentia S. Características perinatales del recién nacido hijo de madre inmigrante en el Complejo Asistencial de León. *Bol Pediatr*. 2008; 48: 259-64.
14. Almazán Aranda A, Domínguez Romero A. Estudio de las complicaciones de los neonatos de gestación no controlada ingresados en el Hospital Comarcal de Melilla. En: Libro de Ponencias: XIII Congreso Internacional de Investigación en Enfermería. Alicante; Ministerio de Ciencia e Innovación; 2009. p. 20.



15. Sampedro A, Mazuelas P, Rodríguez-Granger J, Torres E, Puertas A, Navarro JM. Marcadores serológicos en gestantes inmigrantes y autóctonas en Granada. *Enf Infecc Microbiol Clin*. 2010; 28: 694-7.
16. De Ory F, Delgado-Iribarren A, Fuertes A, García I, Sierra M. Procedimientos en Microbiología Clínica. En: Cercenado E, Cantón R, editores. *Recomendaciones de la Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica. Estudios serológicos en la prevención de la infección congénita y perinatal*. Núm 4a. Madrid: Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica; 2004.
17. Suárez González A, Solís Sánchez G, Otero L, Viejo de la Guerra G, Álvarez C, García R. Prevalencia de la inmunidad frente a los virus de las hepatitis en gestantes del Área Sanitaria de Gijón. *Gastroenterol Hepatol*. 2004; 27: 347-52.
18. Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida (SPNS), Grupo de Estudio de Sida (GeSida/SEIMC), Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) y Asociación Española de Pediatría (AEP). *Recomendaciones para el seguimiento de la infección por el VIH con relación a la reproducción, el embarazo y la prevención de la transmisión vertical*. España; 2007. Disponible en: [http://www.gesida-seimc.org/pcientifica/fuentes/DcyRc/DcyRc\\_Recomendaciones\\_seguiemiento%20infecci%F3n%20VIH%20en%20la%20reproduccion\\_embarazoyprevenci%F3n\\_transmisi%F3n\\_vertical.pdf](http://www.gesida-seimc.org/pcientifica/fuentes/DcyRc/DcyRc_Recomendaciones_seguiemiento%20infecci%F3n%20VIH%20en%20la%20reproduccion_embarazoyprevenci%F3n_transmisi%F3n_vertical.pdf) [acceso 5 de mayo de 2011].