

UNIVERSIDAD PRIVADA DE TACNA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD.
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



**“CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS, EVOLUCIÓN Y RELACIÓN CON
PRINCIPALES COMPLICACIONES DEL RECIÉN NACIDO DE MADRE
ADOLESCENTE ATENDIDA EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE
DE TACNA, 2021-2022 ”**

TESIS

PRESENTADA POR:

Samuel Gerardo Aguilar Morocco

ASESOR:

Carlos Alberto Saenz Cordova

Para optar el título profesional de Médico Cirujano

TACNA – PERÚ

2022

DEDICATORIA

A mi madre Ana María que me dio la vida, quien con paciencia de santa, creyó en mí en todo momento, a pesar de mis incontables desaciertos. Todo lo bueno que poseo como ser humano es debido a ella. Gracias por apostar tu vida por mí, mamita Te amo y adoro.

A mi abuela Albina quien dejó su vida del altiplano para ser nuevamente padre y madre, con su amoroso ser me cuidaba, guiaba y enseñaba su cultura.

AGRADECIMIENTOS

A mis maestros por darme sus conocimientos no solo pedagógicos, también los de vida, a mis compañeros y compañeras por animarme a darlo todo incluso en la adversidad, con sus jocosas ocurrencias que siempre me alegraban.

Gracias a todos por alentarme.

RESUMEN

Objetivo: Identificar las características clínicas, evolución y su relación con principales complicaciones del recién nacido de madre adolescente atendida en el hospital Hipólito Unanue de Tacna del 2021 al 2022.

Material y método: se realizó un estudio observacional, transversal retrospectivo y analítico, se consideró 1200 madres adolescentes registradas, se realizó un muestreo aleatorio simple, registrándose finalmente a 241 recién nacidos.

Resultados: El 42.7% de las madres adolescentes de la muestra en estudio tenía 17 años. El 62.2% era “no controlada”. El 95.9% tuvo presentación fetal cefálicas y un 2.9% en posición transversal. El 58.9% tuvo parto vía vaginal y el 41.1% por vía cesárea. El 68.9% procedía de área urbana y el 31.1% de área rural. El 93.4% tuvo una gestación a término. El 51.9% no tuvo un registro clínico de la ganancia del peso durante la gestación. Del recién nacido, el 88% tuvo un peso al nacer entre 2500 g a 4000 g y el 8.3% fue macroeconómico. El 97.9% tuvo un apagar al minuto entre 7 y 10 y el 98.8% un apgar a los 5 minutos entre 7 y 10. El 90.9% nació con un peso adecuado para la edad gestacional. Un 8.3% cursó con hiperbilirrubinemia y macrosomía, respectivamente. El 5.8% tuvo circular al cuello, el 4.6% presentación compuesta de mano. El 3.7% presentaron sepsis y el 3.3% cefalohematoma. Un 1.7% curso con sífilis congénita. El 90.5% tuvo una evolución en la condición de sano pero un 8.3% fue derivado al servicio de una neonatología patológica y el 1.2% a la unidad de cuidados intensivos neonatales. Las variables asociadas a evolución del recién nacido fueron sufrimiento fetal agudo, asfixia severa, trauma obstétrico, sepsis, hiperbilirrubinemia, cefalohematoma, sífilis congénita, conjuntivitis aguda, insuficiencia respiratoria y fractura de clavícula ($p<0.05$). Edad gestacional y tipo de parto ($p<0.05$).

Palabras Clave: complicaciones, Recién nacido, madre adolescente, pediatría, características clínicas

ABSTRACT

Objective: To identify the clinical characteristics, evolution and their relationship with the main complications of newborns born to adolescent mothers attended of the Hipólito Unanue hospital in Tacna from 2021 to 2022.

Method: an observational, retrospective and analytical cross-sectional study was carried out, considering 1200 registered adolescent mothers, a simple random sampling was performed, and 241 newborns were finally registered.

Results: 42.7% of the adolescent mothers in the study sample were 17 years old. Sixty-two percent were "uncontrolled". The 95.9% had cephalic fetal presentation and 2.9% in transverse position. Vaginal delivery was 58.9% and cesarean delivery 41%. The 68.9% were from urban areas and 31.1% from rural areas. The 93.4% had a term gestation. The 51.9% did not have a clinical record of weight gain during gestation. Of the newborns, 88% had a birth weight between 2500 g to 4000 g and 8.3% were macroeconomic. Of the newborns, 97.9% had an apgar at one minute between 7 and 10 and 98.8% had an apgar at 5 minutes between 7 and 10. 90.9% were born with an adequate weight for gestational age. Hyperbilirubinemia and macrosomia were present in 8.3% of the cases. 5.8% had circular neck, 4.6% had compound hand presentation. 3.7% presented with sepsis and 3.3% with cephalohematoma. A 1.7% had congenital syphilis. The 90.5% had an evolution in the healthy condition but 8.3% were referred to a pathological neonatology service and 1.2% to the neonatal intensive care unit. The variables associated with newborn evolution were acute fetal distress, severe asphyxia, obstetric trauma, sepsis, hyperbilirubinemia, cephalohematoma, congenital syphilis, acute conjunctivitis, respiratory failure and clavicle fracture ($p<0.05$). Gestational age and type of delivery ($p<0.05$).

Key words: complications, newborn, adolescent mother, pediatrics, clinical characteristics.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	9
CAPÍTULO I.....	10
1 EL PROBLEMA	10
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	10
1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	11
1.2.1 PREGUNTA GENERAL	11
1.2.2 PREGUNTAS SECUNDARIAS	11
1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	11
1.3.1 OBJETIVO GENERAL	11
1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	11
1.4 JUSTIFICACIÓN	12
CAPÍTULO II	13
2 REVISIÓN DE LA LITERATURA	13
2.1 ANTECEDENTES DE INVESTIGACION	13
2.1.1 INTERNACIONALES	13
2.1.2 2.2.2 NACIONALES	18
2.2 MARCO TEÓRICO	22
2.2.1 EL RECIÉN NACIDO (RN)	22
2.2.1.1 Definición	22

2.2.1.2	Historia neonatal.....	22
2.2.1.3	Cuidados habituales del neonato	23
2.2.1.4	Exploración física.....	24
2.2.1.5	Clasificación por el peso al nacer	33
2.2.1.6	Clasificación de edad gestacional:.....	35
2.2.1.7	Los tiempos del nacimiento.....	37
2.2.1.8	Problemas antes del nacimiento	38
2.2.1.9	Inconvenientes desde el origen.....	38
2.2.1.10	Procedimiento.....	39
2.2.1.11	Complicaciones del recién nacido	39
2.2.1.12	Diagnóstico precoz de enfermedades	40
2.2.2	MADRE ADOLESCENTE.....	40
2.2.2.1	La Adolescencia	40
2.2.2.2	Características de la adolescencia:	41
2.2.2.3	Etapas de la adolescencia:	46
2.2.2.4	Embarazo adolescente	48
2.2.2.5	El estado civil en la maternidad adolescente.....	50
2.2.2.6	Control prenatal	50
2.2.2.7	Formas de parto	51
2.2.2.1	Problemas de salud maternos: ¡Error! Marcador no definido.	
2.2.2.2	Consumo materno de fármacos:	52
2.2.2.3	Estilo de vida materno:.....	53
2.2.2.4	Complicaciones del embarazo adolescente	53
	CAPÍTULO III.....	56

3	HIPÓTESIS, VARIABLES Y OPERACIONALIZACION DE VARIABLES	56
3.1	HIPÓTESIS	56
3.2	VARIABLES	56
3.2.1	OPERACIONALIZACION DE VARIABLES.....	56
CAPÍTULO IV		58
4	METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	58
4.1	DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	58
4.2	ÁMBITO DE ESTUDIO	58
4.3	POBLACIÓN Y MUESTRA.....	58
4.3.1	Población	58
4.3.2	Muestra	59
4.3.2.1	Criterios de inclusión.....	59
4.3.2.2	Criterios de exclusión.....	59
4.4	TECNICA Y FICHA DE RECOLECCION DE DATOS	60
4.4.1	TECNICA.....	60
4.4.2	INSTRUMENTOS (ver anexos)	60
CAPÍTULO V		61
5	PROCEDIMIENTO DE ANÁLISIS	61
5.1	PROCEDIMIENTO DE RECOJO DE DATOS.....	61
5.2	PROCESAMIENTO DE LOS DATOS.....	61
5.3	CONSIDERACIONES ÉTICAS	62
CRONOGRAMA		¡Error! Marcador no definido.
PRESUPUESTO		¡Error! Marcador no definido.

INTRODUCCIÓN

Entender los riesgos que representa el embarazo en la adolescencia es muy importante en el sistema de salud pública. Son diversos los componentes sociales y biológicos causan el embarazo a tan temprana edad; en los que se puede. Hasta donde entendemos, la percepción de los jóvenes sobre la maternidad adolescente ha cambiado en los últimos cincuenta años.

En los siguientes capítulos se argumenta acerca de los problemas del embarazo adolescente, puede generarle al recién nacido la propuesta de esta investigación, la revisión teórica del embarazo adolescente, y riesgos en el neonato.

Y sobre los factores sociales y culturales. a expensas de otros factores que influyen sustancialmente en la ocurrencia de un embarazo adolescente (como la ignorancia de cómo ocurre el embarazo, para algunas mujeres y adolescentes, las creencias sobre la maternidad y la fertilidad siguen siendo una parte "natural" de su condición de mujer, y por lo tanto se en este contexto, el fenómeno del embarazo adolescente ha adquirido múltiples modos, y puede entenderse como un evento incrustado tanto en la cultura.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Vivir la adolescencia es una transición de la niñez a la vida adulta, donde el paso por pubertad, adolescencia temprana y tardía representa para el joven, vivencias de estrés extremo, comprensible porque, es la etapa de la vida humana donde más cambios se producen en varios aspectos, físicos, biológicos, emocionales, sociales, psicológicos, etc.

Por consiguiente, el embarazo estando viviendo este proceso adolescente implica un estrés adicional, por lo tanto, representa un riesgo elevado. El gestar a tan temprana edad sería un inconveniente sociocultural e incluso conlleva un estigma social en muchas sociedades.

Entre los indicadores que contribuyen a la alta tasa de embarazo en las adolescentes sería las prácticas sexuales de modo precoz, las prácticas sociales, la baja tasa de alfabetización, la carencia de enseñanza sexual y falta de uso de los servicios de anticoncepción. importancia de eludir el embarazo en la juventud. Encima el embarazo a tan temprana edad acarrearía problemas socio-médicos. Entre las que podemos contar a las complicaciones como preeclampsia, anemia, trabajo de parto prematuro, cesáreas, embarazo no deseado.

El presente estudio sobre el embarazo adolescente pretende identificar y evaluar las características del recién nacido y de la madre en relación a las principales complicaciones.

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.2.1 PREGUNTA GENERAL

¿Cuáles son las características clínicas, evolución y su relación con principales complicaciones del recién nacido de madre adolescente atendida en el del hospital Hipólito Unanue de Tacna?

1.2.2 PREGUNTAS SECUNDARIAS

- a) ¿Cuáles son las principales características gestacionales y de parto (control prenatal, tipo de presentación, edad gestacional, tipo de parto) del recién nacido de madre adolescente atendida en el hospital Hipólito Unanue de Tacna?
- b) ¿Cuáles son las características clínicas (peso, según edad gestacional, apgar al nacer) del recién nacido de madre adolescente atendida en el hospital Hipólito Unanue de Tacna?
- c) ¿Cuáles son las características de morbilidad al nacer según edad gestacional y tipo de parto y su asociación a evolución final al egreso del recién nacido de madre adolescente atendida en el hospital Hipólito Unanue de Tacna?

1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.3.1 OBJETIVO GENERAL

Identificar las características clínicas, evolución y su relación con principales complicaciones del recién nacido de madre adolescente atendida en el hospital Hipólito Unanue de Tacna

1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- d) Identificar las principales características gestacionales y de parto (control prenatal, tipo de presentación, edad gestacional, tipo de

parto) del recién nacido de madre adolescente atendida en el hospital Hipólito Unanue de Tacna.

- e) Identificar las características clínicas (peso, según edad gestacional, apgar al nacer) del recién nacido de madre adolescente atendida en el hospital Hipólito Unanue de Tacna.
- f) Identificar las características de morbilidad al nacer y su asociación a evolución final al egreso del recién nacido de madre adolescente atendido en el hospital Hipólito Unanue de Tacna.

1.4 JUSTIFICACIÓN

Durante la historia del mundo hemos visto cómo se tenía por costumbre por casar a la hija mujer a tempranas edades, pero desde entonces hasta hoy las cosas han cambiado, salvo la India donde aún se acostumbra a casar a las niñas y adolescentes.; sin embargo, en la actualidad y en países más desarrollados, vemos que es la conducta adolescente la que viene contribuyendo abismalmente al embarazo adolescente hasta la actual. El escenario del embarazo adolescente en diferentes naciones es diferente, pero en lo que la mayoría coincide es que representa un problema social.

De ahí la importancia en abordar este tema, se espera que los resultados de esta investigación contribuyan para que tanto personal asistencia, médico y comunidad en general alcance mejores alternativas de solución a este problema que es de todos.

CAPÍTULO II

REVISIÓN DE LA LITERATURA

2.1 ANTECEDENTES DE INVESTIGACION

2.1.1 INTERNACIONALES

Xavier en su investigación “Recién nacido hijo de madre adolescente: riesgos maternos y morbilidad neonatal en el servicio de neonatología del hospital gineco-obstétrico Isidro Ayora, julio - octubre 2018” refiere que el embarazo en adolescentes es un problema de salud pública por las consecuencias para el binomio madre-hijo. Estudia la relación entre el embarazo y la prevalencia neonatal en un grupo control de adolescentes de 14 a 19 años que acuden a los servicios de obstetricia del Hospital de Obstetricia y Ginecología Isidro Ayora desde octubre de 2018 y madres no adolescentes de 20 a 34 años; Investigación observacional, prospectiva, transversal. El levantamiento de los datos se hizo por medio de una ficha de recolección y se analizó mediante el software SPSS con un intervalo de confianza del 95%. En el grupo de madres adolescentes la prevalencia de recién nacidos es alta, y a mayor edad gestacional mayor prevalencia de recién nacidos. Debido a que el APGAR es alto a los 5 minutos (8 y 9 puntos), la prevalencia de recién nacidos es mayor en la madre adolescente que en madres de 20 a 34 años. Los dos trastornos del recién nacido más comunes en la muestra de estudio fueron la insuficiencia respiratoria y la sepsis, y las dos condiciones fueron más comunes en las madres

adolescentes que vivían en áreas rurales con menos de 5 controles prenatales. La mayor proporción de madres adolescentes con patología prenatal, independientemente del área de residencia, corresponde a madres de 24 a 30 años que han visitado al menos 5 veces antes del parto. Las madres entre 14 y 19 años tenían menos de cinco controles de salud. Es decir, la historia prenatal de las madres adolescentes con antecedentes médicos está relacionada con el número de visitas prenatales. Las condiciones médicas más comunes en este grupo son la anemia y las infecciones del tracto urinario, las madres con anemia no aumentan de peso lo suficiente en los 5 o más controles prenatales durante el embarazo, la mayoría entre las madres de 20 a 34 años se presenta una alta proporción de esta característica, seguida de las madres más jóvenes, 79,3% para 14 a 16 años y 17 a 19 años, igualmente. Ocurre lo contrario para aquellas con suficiente ganancia de peso, anemia y menos de 5 visitas de tamizaje, registrándose los porcentajes más altos en madres adolescentes de 14-16 y 17-19 años (ambas), 20,7%. Si además sufría de anemia, el 100% de las madres adolescentes entre 17 y 19 años han tenido un aumento de peso inadecuado. Hubo un 100% de aumento de peso inadecuado en madres adolescentes de 14 a 16 años con menos de 5 controles prenatales. Para las infecciones del tracto urinario, el mayor porcentaje se reporta con 5 o más visitas antes del nacimiento. El 90,2% de las madres tenían entre 20 y 34 años, seguidas por el 86,8% y el 85% de las madres entre 14 y 16 y 17 y 19 años, respectivamente. Las madres adolescentes (17-19 años) con menos de 5 visitas prenatales registran el 15% de las infecciones del tracto urinario. Concluye que las madres adolescentes tienen una edad gestacional de al menos 37 semanas y una alta prevalencia neonatal al nacer con AGPAR 8 y 9 en los primeros 5 minutos. Además, este grupo de edad tiene una mayor proporción de adolescentes que han sido evaluados menos de 5 veces

y presentaron disnea y sepsis. La mayor proporción de antecedentes prenatales se encuentra en el grupo de madres de 20 a 34 años que se han realizado al menos 5 pruebas de detección..(1)

Santos et al en su trabajo “Embarazo adolescente: Resultados perinatales en la maternidad de un hospital de la Ciudad de Corrientes” El embarazo adolescente es un grave problema de salud pública, especialmente en nuestro país donde la proporción de casos es alta, con mayor riesgo para la salud reproductiva y por ende mayor morbilidad y mortalidad. El propósito es un estudio observatorio, retrospectivo, analítico y transversal de agosto de 2015 a julio de 2016. La población de estudio estuvo constituida por los recién nacidos de madres adolescentes entre los 10 y 19 años de edad. La variable fue la edad de la madre, semanas de gestación al nacer; peso al nacer del recién nacido; valoración de Apgar y evolución final del recién nacido. El 22,14% del total de partos fueron madres adolescentes, de las cuales el 77% presentó peso adecuado para la edad gestacional (PAEG) (91,02%) y Apgar normal (79%). Según Apgar, el 22,69% fueron partos prematuros, el 66,66% con depresión moderada y el 79,24% fueron trasladados a la unidad de cuidados intensivos neonatales (UCIN). La frecuencia de embarazos adolescentes fue alta, predominando los nacidos a término en cuanto a resultados perinatales, peso adecuado, Apgar normal y cohospitalización con la madre.(2)

Cano en su investigación “Manejo del recién nacido en adolescentes de 15 a 19 años en el centro de salud San Gabriel” señala que la población adolescente refleja un aumento de la actividad sexual y de inicio temprano, evidenciando un aumento en el número de embarazos, lo cual es un tema capital de gran trascendencia para la sociedad actual. El propósito de este estudio es desarrollar modalidades educativas que ayuden a mejorar el tratamiento de los

recién nacidos en adolescentes de 15 a 19 años que están siendo atendidos en la consulta externa de obstetricia y ginecología. De acuerdo con la base estadística del establecimiento, la población está compuesta por 30 madres adolescentes. La técnica es una encuesta, y la ficha de recolección de datos, que se resuelve en unos 20 minutos, tiene un total de nueve preguntas divididas en dos momentos. La primera parte consta de preguntas de información general de los participantes y la segunda parte consta de cinco preguntas. Se aplican principios éticos. El noventa y tres por ciento de los encuestados conocen exactamente los aportes y beneficios de la lactancia materna sola. El ochenta y siete por ciento de las madres en crecimiento saben cuánto tiempo se almacena la leche materna en diferentes formas. Las estrategias pedagógicas han permitido mejorar el manejo del recién nacido en las adolescentes embarazadas.(3)

Góngora-Ávila et al en su trabajo “Caracterización de las gestantes con recién nacidos bajo peso del Policlínico Docente “7 de Noviembre” refiere que el embarazo en la adolescencia representa un serio problema de salud, debido las complicaciones maternas y perinatales propias causadas por la falta de condicionamiento hormonal y físicos. Estudio observacional descriptivo de corte transversal en gestantes adolescentes pertenecientes al Policlínico Docente "7 de Noviembre" del municipio Majibacoa durante el año 2020. El universo estuvo constituido por 34 gestantes adolescentes. Se estudiaron las variables edad materna, factores de riesgo, antecedentes obstétricos, enfermedades asociadas al embarazo, así como complicaciones perinatales. El 55,9 % de las gestantes adolescentes tenía entre 18 y 19 años, el 14,7 % eran fumadoras, y el 14,7 % tenían como antecedente obstétrico abortos anteriores. El 26,5 % de las adolescentes presentó anemia como enfermedad asociada. El 26,5 % de los pactos fue de tipo distócico; y el 17,6 %

de los recién nacidos de madres adolescentes fueron pretérmino. En las gestantes adolescentes fue común el consumo de tabaco, así como los abortos previos, las cuales desarrollaron como principales enfermedades asociadas al embarazo la anemia, y las infecciones vaginales y de vías urinarias. Altos porcentos de los partos fueron distócicos, así como pretérmino.(4)

Sarmiento et al en su investigación “Factores maternos asociados al peso al nacer del recién nacido en embarazadas adolescentes de Salta- Capital. Argentina. Años 2002-2011.” Refiere que, en Argentina, el embarazo adolescente es un problema de salud pública, con serias implicaciones en la salud y nutrición del binomio madre-hijo. Objetivo: objetivo del estudio fue evaluar características maternas de adolescentes embarazadas y asociarlos con el peso de los recién nacidos. Material y método: Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal con 9479 embarazadas del Hospital Público Materno Infantil de Salta, Capital. Se determinó asociación del peso al nacer con las variables explicativas (edad, estatura, IMC, nivel de instrucción de la madre, edad gestacional, control prenatal, y sexo del recién nacido) a través de chi cuadrado, T student o anova en cada caso específico. Resultados: Se encontró asociación estadísticamente significativa entre el peso al nacer y las características maternas y del recién nacido estudiadas a excepción de la edad de embarazadas (temprana y tardía) en adolescentes. Conclusiones: Este estudio evidencia la asociación entre el peso al nacer tanto con las características biológicas y sociales de la madre y, del neonato, como así también el control prenatal.(5)

Cabello et al en su investigación desde el 2014 “Factores asociados a complicaciones en recién nacidos de madres adolescentes: estudio comparativo” compara los factores asociados a las complicaciones en recién nacidos (RN) de madres adolescentes

en dos hospitales: Santa Rosa/Lima y Daniel Alcides Carrión/Pasco. Metodología: estudio de enfoque cuantitativo, diseño descriptivo-comparativo retrospectivo, realizado en dos hospitales: Lima capital y Pasco al interior del país; la población de estudio en ambos contextos fue conformada por las madres adolescentes y sus RN atendidos el 2010. La recolección de datos fue realizada entre febrero-marzo/2011 por la investigadora utilizando una Ficha de Registro. El análisis de datos fue descriptivo y para relacionar las variables se usó el odds ratio considerando un $p < 0,05$ significativo. Resultados: la incidencia de BPN, PEG, síndrome de dificultad respiratoria, sepsis neonatal, asfixia neonatal y reanimación fueron mayores en el Hospital de Pasco; además presentaron mayor probabilidad de complicaciones los RN de madres con RPM, amenaza de parto prematuro, DDP y trabajo de parto complicado. Conclusiones: el mayor porcentaje (55,8%) de RN de madres adolescentes atendidas en el Hospital de Pasco presentó complicaciones en comparación a los RN del Hospital de Lima (12,6%), destacándose como factores asociados la amenaza de parto prematuro, DPP, RPM, embarazo prolongado y trabajo de parto complicado por sufrimiento fetal.(6)

2.1.2 2.2.2 NACIONALES

Leiva Parra et al en su estudio “El recién nacido de madre adolescente” identifica las características de los recién nacidos de madres adolescentes. Es un estudio descriptivo, observacional, retrospectivo en el cual se revisaron las historias clínicas de los recién nacidos de las madres adolescentes que nacieron en el año

2014. Hubo un total de 644 recién nacidos. Del total de las madres el 89.5% tuvieron control prenatal. 97.20% tuvo presentación cefálica al momento del parto. El 61.44% de los recién nacidos de madres adolescentes tardías nació por cesárea. Con respecto al líquido amniótico, fue normal en el 85.55% y en el 14.44% el líquido amniótico fue meconial. Según el sexo fueron en su mayoría de sexo masculino (51.70%). El 6.83% de los recién nacidos fueron de pretérminos; el 92,54% fueron a término y en el 0,31% fueron postérmino. Según diagnóstico pediátrico el 86.56% de los recién nacidos de madres adolescentes tardía fueron adecuados para la edad gestacional (AEG) y el 10.52% de los recién nacidos de madres adolescentes temprana fueron pequeños para la edad gestacional (PEG). El 96.89% presentaron un APGAR al minuto entre 7-10 y el 99.22% un APGAR entre 7-10 a los 5 minutos.(7)

Rosa et al en su investigación “Complicaciones en recién nacidos de madres adolescentes tempranas en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza de mayo del 2008 a mayo del 2012” refiere ya desde el 2012 A medida que aumenta la tasa de fertilidad en la adolescencia, también aumenta el interés por posibles complicaciones. Varios estudios afirman que el embarazo en edad reproductiva extrema es un factor de riesgo para complicaciones neonatales. Otros estudios no han encontrado asociación entre ellos. El propósito de este estudio fue analizar la proporción de complicaciones neonatales en madres adolescentes tempranas (10-14 años) en comparación con madres adultas de 20-35 años tratadas con HNAL. Investigación analítica, tipo cohorte regresiva. La población fue igual al total de recién nacidos en madres adolescentes tempranas e igual número de madres entre 20 y 35 años. Del total (16.601) nacimientos, 62 (0,37%) fueron hijos de madres adolescentes tempranas. En cuanto al peso al nacer, la mayoría fueron pesos razonables (87,1% y 80,6%, respectivamente). Para el peso de la edad gestacional, el 85,5% y el

72,6% fueron apropiados. Según edad gestacional, el 90,3% de ambos grupos fueron adecuados. El parto vaginal ocurrió en 82,3% y 69,4% en cada grupo. El control prenatal fue inadecuado en 32,3% y 19,4%. La ictericia estuvo ausente en 95,2% y 96,8%, respectivamente. 93,5% y 96,8% sepsis. El 96,8% de ambos grupos no presentó complicaciones respiratorias. Complicaciones mecánicas 90,3% y 95,2%. La incidencia de madres prematuras que dan a luz es más baja que las estadísticas nacionales.(8)

Yerba en su tesis “Características perinatales de recién nacidos de madres adolescentes, servicio de neonatología del hospital regional Manuel Núñez Butrón – Puno” refiere que se tenga en cuenta que la adolescencia se caracteriza por la inmadurez fisiológica, psicosocial y la inestabilidad emocional para reclamar el papel de la madre. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la adolescencia es una etapa de 10 a 19 años. Los perfiles de las madres embarazadas no son uniformes en función del entorno geográfico, la edad, el nivel educativo, el estado conyugal, el nivel socioeconómico, el acceso a oportunidades de servicios médicos, el consumo de alcohol, el consumo de tabaco, etc. Todo afecta los efectos secundarios o complicaciones como el desprendimiento de la placenta, la preeclampsia, la anemia, el parto prematuro, el aumento de abortos espontáneos y la frecuencia de cesárea.. Identifica las características perinatales de recién nacidos de madres adolescentes atendidas en el Servicio de Neonatología del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón - Puno, Enero - Diciembre 2018. Se realizaron registros observacionales, retrospectivos, descriptivos, validados de nacimiento para servicios neonatales, se obtuvieron datos de madres recién nacidas y adolescentes, se exportaron a base de datos Excel 2013, se elaboró análisis estadístico mediante SPSS 25 y se utilizó chi cuadrada como prueba de contraste. En este estudio, la

prevalencia de madres embarazadas adolescentes fue de 10,70% en comparación con la población general. Se encontró 86,44% de recién nacidos a término, 13,14% de prematuros y 0,42% de placenta. De los recién nacidos, el 86,86% fueron de peso medio, el 11,86% de peso bajo, el 0,85% de peso muy bajo y el 0,42% de macrosomía. El 83,05% de los recién nacidos tuvo edad gestacional adecuada, el 9,32% fue pretérmino y el 7,63% fue post término. La edad promedio de las madres adolescentes fue de 17,89 años. El 73,73% recibió control prenatal adecuado, el 82,20 % eran parejas de hecho y el 69,49 % tuvieron partos normales. Se encontró que las características perinatales de los recién nacidos son: madurez y peso adecuado para la edad gestacional. En gestantes adolescentes la edad promedio fue de 17,89 años y la ventaja de embarazo fue de 10,70%, con manejo prenatal adecuado y ventajas de parto normal.(9)

Hernández Maldonado et en “Asociación entre embarazo adolescente e hiperbilirrubinemia y bajo peso al nacer: cohorte retrospectiva en un hospital en Perú, 2015-2016” Recordemos que el embarazo adolescente en el Perú es un problema de salud pública que se encuentra muy extendido en zonas como Calamares y se cree que es responsable de ciertos efectos adversos en la salud de los recién nacidos, entre ellos: aumento del Bajo peso al nacer e hiperbilirrubinemia. Se evaluaron un total de 481 adolescentes embarazadas, de las cuales el 65,3% se encontraban en el Grupo 1. Se encontraron recién nacidos de bajo peso al nacer con hiperbilirrubinemia en el 3,3%. El análisis bivariado mostró diferencias significativas ($p < 0,001$) en la edad gestacional media y el tipo de parto (cesárea y normal) entre madres de peso normal y recién nacidos de bajo peso. Ni el análisis bivariado ni el multivariado mostraron diferencias significativas en la hiperbilirrubinemia. La regresión de Cox reveló que las adolescentes embarazadas del grupo 1 tenían casi ocho veces más riesgo de bajo

peso al nacer que las mujeres embarazadas del grupo 2 (HR: 7,95, p <0,05). (10)

2.2 MARCO TEÓRICO

2.2.1 EL RECIÉN NACIDO (RN)

2.2.1.1 Definición

Un recién nacido es un niño menor de 28 días vía parto o cesárea. Se trata de período de vida bastante corto; sin embargo, los cambios bastante lentos que ocurren en él pueden tener las consecuencias correspondientes para el resto de la vida del bebé. Durante los primeros 40 días de vida, son capaces de detectar la mayoría de los defectos congénitos y genéticos. Los bebés pueden mostrar muchas manchas diferentes dependiendo de diferentes factores de ellos mismos, la madre o la etapa del embarazo. Después de la recuperación, se realizan una variedad evaluaciones, con fin de conocer el estado de salud del recién nacido, distinguir los parámetros normales y los eventos transitorios de indicadores clínicos riesgo en los recién nacidos.(11)

2.2.1.2 Historia neonatal

Se trata del precedente relacionado a la información familiar y que puede ser de gran utilidad para evaluar el riesgo materno y neonatal. La historia de la madre por ejemplo entre los datos interesantes sobre la madre, se debe destacar su edad y antecedentes personales; si alguna vez estuvo embarazada, dio a luz o tuvo otro aborto. Por peso: Bajopeso, normopeso, sobrepeso y obeso, considerándose normopeso aquellos entre el percentil 10 y 90 de la edad gestacional declarada.(12)

Además, los componentes que rodean el proceso de nacimiento son críticos ya que tienen un impacto directo en el recién nacido. Componentes que indican bajas defensas, fiebres falta de oxigenación materna; u otros problemas de líquido amniótico; si se trata con antibióticos para evitar la transmisión de Streptococcus B riesgos del trabajo de parto. Un componente que indica hipoxia fetal, como presentación de anomalías, cambios en latidos cardíacos fetal o acidificación del pH fetal (por debajo de 7,25).(13)

(Los niños con un peso normal entre 3250-3500g y las Niñas alrededor de 3000-3250g) Durante los primeros días, los bebés pierden peso debido a la deshidratación al cambiar de líquido a gas. La pérdida de peso informada fue más pronunciada en los días 2-3, pero volvió al peso en el día 10. También perderá peso cuando tenga su primera evacuación (meconio) y cuando orine por primera vez. Las madres con diabetes tienen un mayor riesgo de tener un bebé con macrosomía. (14)

2.2.1.3 Cuidados habituales del neonato

Medidas en general, inicialmente el cordón umbilical debe ajustarse con un instrumento estéril a una distancia de al menos 10 cm del niño. Se debe tener extremo cuidado para evitar la infección; Sin embargo, es necesario recordar que el uso de soluciones de yodo está contraindicado, ya que conllevan el riesgo de hipotiroidismo iatrogénico. Luego el ambiente debe ser cálido a un térmico neutro, lo principal que debe hacerse en un recién nacido es: aspirar la mucosidad, primero la faringe y luego la nariz. Cuando sale la cabeza; se completa la succión cuando el bebé está completamente fuera y esto sirve como un estímulo paralelo para que el bebé llore, independizando las vías respiratorias de las secreciones para mantener los pulmones llenos de ventilación y con esta buena cantidad de oxígeno asegurar un buen desarrollo del bebé (15)

2.2.1.4 Exploración física

Silverman y Anderson son pruebas que permiten evaluar rápidamente la función respiratoria de un bebé, dando un puntaje de calificación y, a diferencia del sistema de Apgar tradicional, una puntuación baja es el sistema con mejor pronóstico: una puntuación cero neonatal, no asfixia. Recién nacidos 1 a 3 puntos, asfixia leve. Recién nacidos 4 a 6 minutos, sofocación moderada. Recién nacidos 7 a 10 minutos, asfixia severa (16). Los recién nacidos deben ser reevaluados 48 horas antes del alta. Se debe considerar que los recién nacidos tienen diferentes características funcionales (17). Su objetivo es ver el nuevo entorno de vida adecuado para los recién nacidos (18).

2.2.1.4.1 Antropometría

Apenas nace luego del parto es preciso e imprescindible pesar y tallar al bebé (incluido el perímetro cefálico), y considerar los porcentajes y la edad de los embarazos ajustados. La más utilizada es la clasificación internacional adaptativa, la llamada curva de Lyubchenko (o curva de Battaglia y Lyubchenko). talla infantil: El varón medirá entre 50 a 54 cm y las niñas entre 47 a 54 cm (19,20)

Los bebés se pueden definir de manera diferente en función de estas dimensiones y posiciones curvas, distinguiendo entre prematuros, nacidos a término y postérmino:

Recién nacido prematuro apto para la edad gestacional (PTAEG): un recién nacido prematuro con un peso entre los percentiles 10 y 90 de su edad gestacional.

Recién nacido prematuro, pequeño para la edad gestacional (PTPEG): Recién nacido prematuro con un peso por debajo del percentil 10 para la edad gestacional.

Bebé prematuro grande para la edad gestacional (PTGEG): un bebé prematuro que tiene más del 90 por ciento de su edad gestacional.

Recién nacidos a término aptos para la edad gestacional (ATAEG): Recién nacidos a término con un peso corporal entre los percentiles 0 y 90 de la edad gestacional.

Pequeño para la edad gestacional (ATPEG): recién nacido a término con un peso corporal inferior al percentil 10 para la edad gestacional.

Recién nacidos a término de gran edad gestacional (ATGEG): Recién nacidos a término con un peso corporal superior al 90% de su edad gestacional. Recién nacidos vencidos aptos para la edad gestacional.

Recién nacidos post-TAEG aptos para la edad gestacional (post-TAEG): Recién nacidos posttérmino con un peso entre los percentiles 10 y 90 de la edad gestacional. Recién nacidos a término pequeños para la edad gestacional (Post-PEG): Recién nacidos a término con peso corporal por debajo del percentil 10 y su edad gestacional. Recién nacido post-larga edad gestacional (Post-GEG): Recién nacidos posttérmino que pesan más del 90% de su edad gestacional. (20,21)

2.2.1.4.2 Valoración de la edad gestacional:

Es importante que el personal médico y de enfermería realice la evaluación completa de los recién nacidos, lo que implica una exploración de la salud física, biológica de rutina, se haga las valoraciones del nivel de oxigenación en sangre y se realicen exámenes de detección específica de las enfermedades más frecuentes como un ejercicio de rutina. Se pueden realizar otras pruebas (como análisis de sangre,

radiografías, ecografías y otras pruebas) cuando el bebé tiene problemas específicos o hallazgos inusuales durante los controles de rutina. Según la edad gestacional, los recién nacidos se clasifican en prematuros, a término, posttérmino o prematuros (22).

Se revisará la fecha facilitada al obstetra de la última regla y las ecografías gestacionales para establecer el pronóstico de nacimiento (21).

Al establecer la relación Peso Talla, se obtiene el Índice Ponderal; (Peso en gramos/Talla³ en cm x 100), lo cual permite clasificar los trastornos del crecimiento en:

Simétricos: (entre percentiles 10-90)

Asimétricos: Percentil > 90 (RN con Sobrepeso Percentil <10 (RN enflaquecido).

Para ello, se aplican comúnmente 2 herramientas:

-Test de Usher: Por medio de la utilización de puntuaciones, instituye 3 conjuntos de neonatos: esos nacidos con menos de 36 semanas; de 36 a 38; y con más de 38 semanas de gestación.

-Test de Ballard: se trata de una prueba que mide el grado de madurez física y neuromuscular del recién nacido.(23,24)

2.2.1.4.3 Aspectos del Recién Nacido:

Los nuevos padres pueden sorprenderse con el aspecto del bebé cuando su hijo llega al mundo. A menudo los recién nacidos se ven azules, cubiertos de una sustancia gelatinosa y como con moretones. Estos rasgos pueden hacer que un

recién nacido perfectamente normal se vea extraño, pero solo temporalmente. Después de todo, el bebé estuvo sumergido en un pequeño espacio cubierto de líquido (útero). Luego, en la mayoría de los nacimientos, pasarán a través del canal de parto angosto y de paredes óseas. La primera vez que ve y toca a su recién nacido depende del tipo de parto, su condición y la condición de su bebé.(25)

Por lo general, los bebés están despiertos durante aproximadamente la primera hora después del nacimiento. Un buen tiempo para que la madre y el recién nacido se conozcan y comiencen el proceso de vinculación. (26).

Los bebés prematuros tienen la posibilidad de exponer numerosas diferencias en su postura, su aspecto físico, su actividad y su comportamiento con respecto a los bebés nacidos a término.(25,27). Se observa también diversos reflejos, los de succión, presión, y de sobresalto, por un sonido intenso, una luz profunda, un olor potente, un desplazamiento brusco u otro estímulo. (28,29). Los recién nacidos cuyas madres reciben ciertos tipos de analgésicos o anestesia a lo largo del trabajo de parto o el parto tienen la posibilidad de estar en especial somnolientos a lo largo de los primeros 2 días de vida. Si bien el bebé no habla, sí producirá una extensa variedad de sonidos (25,30–32).

Dado que la cabeza del bebé suele ser la primera parte que pasa por el canal de parto, puede verse afectada durante el parto. El cráneo de un bebé está formado por huesos independientes (que se fusionan con la edad) para permitir que la cabeza se contraiga y pase por el estrecho canal del parto sin lesionar a la madre o al bebé. Las cabezas de los bebés que nacen espontáneamente suelen presentar algún

grado de deformidad provocada por el movimiento y superposición de los huesos del cráneo. Por esta razón, la protuberancia de la cabeza puede ser alargada, alargada o incluso puntiaguda cuando nace el bebé. Además de la apariencia alargada, la cabeza de su bebé puede tener uno o dos bultos debido al trauma del nacimiento. Caput succedaneum es un hematoma circular del cuero cabelludo que se observa en la parte posterior y prominente de la cabeza, la parte más común del cráneo que se abre paso a través del canal de parto(33).

La cara de un recién nacido puede estar ligeramente hinchada a medida que se acumula líquido y pasa por el canal de parto. La apariencia de la cara de un bebé a menudo cambia drásticamente durante los primeros tres días, ya que el recién nacido está devastado por la acumulación de líquido y el trauma del nacimiento(25,34).

Los recién nacidos tienen la capacidad de ver, pero es posible que no puedan concentrarse bien al principio, por lo que pueden parecer nerviosos o deambular durante los primeros dos o tres meses. La mayoría de los bebés nacen con ojos grises o azules, pero el pigmento del iris puede oscurecerse.(35,36)

Es probable que las orejas de los bebés recién nacidos, al igual que otras características, se deformen debido a su posición en el útero. Dado que los bebés aún no han desarrollado el cartílago engrosado para dar una forma firme a las orejas de los bebés más grandes, los bebés a menudo experimentan una flexión o deformación temporal de las orejas.(16,21,37)

Debido a que los bebés generalmente respiran por la nariz y tienen las fosas nasales estrechas, pequeñas cantidades de mucosidad y secreciones nasales pueden dificultar la respiración y parecer congestionados, incluso si no tienen un resfriado u otros problemas. Los estornudos también son comunes en los bebés. Esta es una reacción normal y no es causada por infecciones, alergias u otros problemas (25,38)

Cuando un recién nacido abre la boca para bostezar o llorar, puede notar pequeños puntos blancos en el paladar. Sin embargo, estos pequeños grupos de células se denominan perlas de Epstein y, a veces, aparecen como sacos llenos de líquido en las encías. Desaparecerá en las primeras semanas.(39)

El cuello suele ser corto en los bebés. El cuello suele ser corto en los niños porque tiende a esconderse entre las mejillas regordetas y los pliegues de la piel (40)

Las manos a menudo están cerradas y es difícil abrirlas porque cuando tocas algo o lo colocas en la palma de tu mano, los bebés responden con una fuerte reacción de agarre. Llamar al Emperador si la postura a menudo vista en el abdomen es lo largo de los últimos meses del embarazo (las rodillas flexionadas con las Extremidades y los pies cruzados ciertamente frente al abdomen), no hay manera fácil de ver como las Extremidades y los pies se encuentran curvados mirando hacia adentro. Por lo general, puede mover las extremidades y los pies de su bebé a una posición de "caminar"; Esto sucederá naturalmente a medida que los niños comiencen a soportar peso, caminar y desarrollarse durante los primeros 2 a 3 años de vida.

Una vez que un bebé está llorando o luchando, puede notar que la dermis en la región central del abdomen sobresale entre las bandas de tejido muscular que forman la pared abdominal de un lado o del otro. Muchos padres todavía están preocupados por la apariencia y el cuidado del cordón umbilical de su bebé. Después de eso, se deja que el tallo se caiga o se seque nuevamente. Para ayudar a prevenir infecciones hasta que el cordón se separe y el muñón se seque, es posible que le pidan que limpie el área periódicamente con alcohol o que la lave con agua y jabón si el muñón está sucio o pegajoso. Hasta que el cordón umbilical se caiga o se seque por sí solo, no debe empapar el cordón umbilical de su bebé mientras lo baña. Un agujero en la pared del útero en el sitio del cordón umbilical (el futuro ombligo) permite que los intestinos del bebé salten cuando llora o está agitado, haciendo que la dermis que lo cubre se salga. (25)

En el caso de las niñas, es probable que los labios mayores estén hinchados al nacer. A veces puede haber un pequeño trozo de tejido rosado que sobresale entre los labios. Es un himen y no tiene sentido. Con la edad, y a medida que crecen los genitales, desaparecen en los labios.

Si el escroto o la ingle se hincha después de los 3 a 6 meses de edad, o si la hinchazón aparece y desaparece, debe comunicarse con su médico. Si el escroto está hinchado, puede ser difícil sentir los testículos en un bebé. Los músculos cerca de los testículos empujan hacia arriba el muslo cuando se tocan o se exponen al frío. Si ha sido circuncidado, la herida tardará de 7 a 10 días en sanar. Ya sea que su hijo esté circuncidado o no, no hay necesidad de usar

bastoncillos de algodón, astringentes o cualquier otro producto especial en el área del pene; Use solo agua tibia y jabón cada vez que bañe a su bebé. Los médicos también suelen recomendar aplicar un poco de aceite mineral en el pene de su bebé o en la parte delantera del pañal para aliviar las molestias causadas por el roce. Si su bebé no está circuncidado, asegúrese de no presionar demasiado el prepucio para limpiarlo debajo (41).

Los recién nacidos están cubiertos de varios líquidos al nacer, incluido líquido amniótico y, a menudo, sangre (de la madre, no del bebé). Las enfermeras y el resto del personal comenzarán a secar al bebé para evitar el descenso de la temperatura corporal del bebé que puede ocurrir si la humedad de la piel se evapora rápidamente. Los recién nacidos también están cubiertos por una sustancia blanca blanda y espesa llamada vérnix caseosa (compuesta por células muertas de la piel del feto y secreciones de las glándulas de la piel). Muchas de estas sustancias se eliminarán durante el primer baño de su bebé. Algunos padres pueden estar preocupados por el color de la piel de un recién nacido. Las manchas en la piel son comunes debido a la inestabilidad de la circulación sanguínea natural en la superficie de la piel. Las mismas causas a menudo provocan enrojecimiento o coloración azulada de la piel de las manos y los pies, así como alrededor de los labios, especialmente si el niño está en un ambiente frío. Cuando lo presionan para que lllore o haga caca, la piel de su bebé puede volverse roja o azul temporalmente. Las marcas rojas como raspaduras, moretones y petequias (pequeñas manchas de sangre que se escapan de los pequeños vasos sanguíneos de la piel) son comunes en la cara y otras partes del cuerpo. Todo por el

trauma al pasar por el canal de parto. Debe desaparecer y sanar dentro de la primera o segunda semana de vida(42)

La cara, los hombros y la espalda de un bebé pueden estar cubiertos de un vello fino y sedoso llamado lanugo.

Durante la primera o segunda semana de vida, la capa superior de la piel de un recién nacido se desprende y se desprende. Algunos bebés pueden tener la piel escamosa al nacer, especialmente aquellos que nacieron después de la fecha prevista.

Nódulos primarios: estas manchas aparecen con mayor frecuencia en la parte siguiente del cuello o en el puente de la nariz, párpados o cejas (por eso también se conocen como "mordidas de cigüeña" y "besos de ángel"), pero pueden aparecer en cualquier lugar En la dermis, especialmente en niños de piel clara. Las manchas mongólicas son manchas de tinta azul que aparecen en la espalda, los glúteos y otras partes de la dermis. Las manchas de vino son grandes manchas rojas o moradas que no desaparecen por sí solas. El pigmento café con leche, llamado así porque tiene un color similar al del café con leche, todavía se encuentra en la dermis de algunos bebés. Los lunares marrones o negros comunes, conocidos como lunares pigmentados, también tienen más probabilidades de aparecer al nacer o aparecer (u oscurecerse) a medida que el niño crece. También puede aparecer una erupción (erupción en la piel) en las primeras semanas de vida. Las protuberancias pequeñas, planas, blancas o amarillas, conocidas como milia, son causadas por una acumulación de secreciones de las glándulas de la dermis y deberían desaparecer en las primeras semanas después del nacimiento. Esta es una condición inofensiva y debería

desaparecer dentro de las primeras semanas de cuidado normal de la piel. ictericia neonatal, decoloración amarilla de la dermis y. (25,42,42)

En los primeros días y semanas de vida de un recién nacido, la mayoría de los nuevos padres están sorprendidos y emocionados. Sin embargo, la responsabilidad por esta pequeña criatura puede ser abrumadora. Especialmente si eres nuevo en la apariencia y el comportamiento del recién nacido. Ante alguna inquietud o preocupación sobre el cuidado del bebé, se debe llamar al médico, u otro profesional de la salud o a familiares o amigos que tengan experiencia en el cuidado de su recién nacido.(42)

2.2.1.5 Clasificación por el peso al nacer

- a) Clasificación de los recién nacidos según el grado de adaptación a la vida ectópica:

Su puntuación de Apgar también es una herramienta importante para clasificar a los recién nacidos después del nacimiento. Esta clasificación fue desarrollada por Virginia Apgar para determinar rápidamente la condición física de los bebés al nacer. La prueba de Apgar evalúa la viabilidad del recién nacido y su adaptación a la vida ectópica, ya que es una prueba que realiza la paciente dentro del primer minuto de vida y debe repetirse a los cinco minutos si el resultado es insatisfactorio.

La escala de Apgar califica la condición de un bebé recién nacido de 0 a 10, teniendo en cuenta su apariencia, pulso, gestos, actividad y frecuencia respiratoria. Según la valoración obtenida, el recién nacido se clasifica: “RN sin complicaciones: puntuación superior al 7; RN con

dificultades moderadas: puntuación entre el 4-6 y RN con dificultades marcadas: puntuación del 0-3”(43–45)

b) Clasificación del RN según el peso gestacional:

Otra de las clasificaciones más habituales de los neonatos es determinando si la relación entre el peso y su edad gestacional es apropiada o no.

RN con peso adecuado para la edad gestacional: situados entre los percentiles 10 y 90

Los recién nacidos son pequeños para la edad gestacional: menos del percentil 10 y son propensos a policitemia vera, hipotermia, hipoglucemia y enterocolitis necrosante.

Recién nacidos mayores para la edad gestacional: peso que supera el percentil 90. El gran tamaño también conlleva complicaciones, como asfixia perinatal, traumatismo en el parto o hipoglucemia, más frecuentes en estos pacientes.(45,46)

Según la edad gestacional del niño, la Academia Estadounidense de Pediatría clasifica a los niños en:

- Trabajo de parto prematuro: menos de 37 semanas completas (hasta 258 días después del último período menstrual)
- A término: 37 - 41 semanas (259 días a 293 días después del inicio de su último período)
- Recién nacidos post término: 42 semanas o más (294 días o más).

Por peso del tiempo estimado de la pubertad, los RN se clasifican en:

- Edad gestacional completa (AEG): 10 a 90 por ciento
- Grande para la edad gestacional (LGA): mayor que el percentil 90
- Pequeño para la edad gestacional (SGA): menos del percentil 10

Para esta clasificación se utilizan las tablas nacionales de crecimiento intrauterino 2010 (13,46)

- c) La valoración de la edad gestacional del recién nacido (RN), posiblemente con base en información obstétrica considerando: fecha de la última menstruación (FUR) estimada por ecografía gestacional temprana a las 12 semanas (exactitud). $\text{min} \pm 4$ días)
- d) Por peso al nacer, los niños se pueden clasificar en:
 - Macrosómicos: 4.000 g. o más
 - Bajo peso de nacimiento (BPN): 2.500 g o menos.
 - Muy bajo peso de nacimiento (MBPN): 1.500 g o menos.
 - Muy muy bajo peso de nacimiento (MMBPN) ≤ 1.000 g =
Peso extremadamente bajo al nacer (PEBN)(46–48)

La evaluación pediátrica al nacimiento utilizándose la exploración modificada de Dubowitz, el nuevo score de Ballard, la estimación de EG Pediátrica a las 24-72 horas de vida.(13,46,47)

2.2.1.6 Clasificación de edad gestacional:

La edad gestacional se refiere al tiempo del feto. Muchos problemas en los recién nacidos están relacionados con el nivel de madurez física al nacer, que está relacionado con la edad gestacional. La edad gestacional es el número de semanas que transcurren desde el primer

día del último período menstrual de una madre hasta el día del parto. Este marco de tiempo generalmente se ajusta en función de otra información que reciben los médicos, como los resultados de los primeros ultrasonidos, que brindan información adicional sobre la edad gestacional. Se estima que el bebé estará listo para nacer a las 40 semanas de gestación. Los recién nacidos se clasifican según la edad gestacional

- Parto prematuro: parto antes de las 37 semanas de gestación
- Término: el parto se produce antes de las semanas 37 y 41 de gestación
- post término: ocurre en la semana 41, antes de completarse en la semana 42.
- Post término tardío: nacimiento a las 42 semanas o más de gestación

Los médicos también usan los resultados de una exploración clínica y las características físicas del recién nacido para confirmar la edad gestacional. Y de acuerdo con el peso corporal al nacer y la edad de gestación los recién nacidos se clasifican como (21,22):

- De bajo peso (hipotrófico): Cuando éste es inferior al percentil 10 de la distribución de los pesos correspondientes para la edad de gestación.
- De peso adecuado (eutrófico): Cuando el peso corporal se sitúa entre el percentil 10 y 90 de la distribución de los pesos para la edad de gestación.
- De peso alto (hipertrofico): Cuando el peso corporal sea mayor al percentil 90 de la distribución de los pesos correspondientes a la edad de gestación.

Sin embargo, esta terminología ha sido recientemente actualizada por la Academia Americana de Pediatría.

2.2.1.7 Los tiempos del nacimiento

Se estima prematuro un bebé nacido vivo previo a que se hayan cumplido 37 semanas de gestación.

2.2.1.7.1 Parto pretérmino

Los recién nacidos prematuros se parten en 4 subgrupos basados en la edad gestacional (EG) en el parto:

- Prematuros Extremos (< 28 semanas)
- Muy prematuros (28-31 semanas),
- Prematuros Moderados (32-33 semanas)
- y Prematuros Tardíos (34-36 semanas)(46-48)

Los recién nacidos prematuros tienden a ser más pequeños que los recién nacidos de término. Las tablas de crecimiento de Fenton proporcionan una evaluación más precisa del crecimiento vs edad gestacional.

Los recién nacidos prematuros se clasifican según el peso al nacer(16):

< 1000 g: peso extremadamente bajo al nacer (PEBN)

1000 a 1499 g: muy bajo peso al nacer (MBPN)

1500 a 2500 g: bajo peso al nacer (BPN)

2.2.1.7.2 Parto a término

De esta forma, según términos aportados por la escuela De Estados Unidos de Obstetricia y Ginecología se habla de parto a término temprano para bebés nacidos en la semana 37 o 38, parto a término usual para los nacidos entre la semana

39 y 40, y parto a término tardío en la semana 41 o la 42. Un bebé que nace a término completo tiene mejor desarrollo de sus músculos, mejor reflejo de succión y deglución, por ende, se alimenta mejor y gana peso más veloz. Puede quedar despierto por períodos más prolongados y regulan mejor sus niveles de glucosa en sangre. Al final, en la situación de las gestaciones diversos, a diferencia de los partos de un solo bebé, sí se calcula que es preferible que los bebés nazcan en la semana 37 o 38, considerándose dichos plazos típicos para los partos de gemelos o mellizos.(49,50)

2.2.1.8 Problemas antes del nacimiento

Los problemas en un recién nacido pueden comenzar antes del nacimiento. Los problemas que se desarrollan antes del nacimiento pueden estar relacionados con condiciones maternas o fetales que existieron antes o durante el embarazo. La atención adecuada del embarazo puede ayudar a prevenir y diagnosticar muchos problemas con el feto. Los recién nacidos pueden tener problemas: antes del nacimiento, el feto está creciendo. - Durante las contracciones y el trabajo de parto - Después del nacimiento Alrededor del 10 % de los recién nacidos requieren atención especial después del nacimiento debido a un parto prematuro, problemas con la transición del feto al recién nacido, niveles bajos de azúcar en la sangre, dificultad respiratoria, infección u otras anomalías. La atención especializada generalmente se brinda en la unidad de cuidados intensivos neonatales (22,51).

2.2.1.9 Inconvenientes desde el origen

Ciertos recién nacidos, en especial los de prematuridad, poseen inconvenientes que se hallan a partir de su llegada.

- Neumotórax en recién nacidos
- Los trastornos pueden afectar varios sistemas del cuerpo.

- Apnea del prematuro
- Displasia broncopulmonar
- Síndrome de aspiración meconial
- Hipertensión pulmonar persistente
- Enterocolitis necrosante

Además hay patologías que están afectando a otros sistemas orgánicos del recién nacido, como la retinopatía del prematuro, que perjudica los ojos de ciertos recién nacidos prematuros..(22)

2.2.1.10 Procedimiento

Los neonatos más graves son llevados a la Unidad de cuidados intensivos neonatales (UCIN). Servicio especializado con equipos médico y tecnológico precisos para neonatos con diversas presentaciones.

En la unidad de cuidados intensivos neonatales (UCIN), los recién nacidos son atendidos en incubadoras o calentadores radiantes, que los mantienen calientes y permiten al personal sanitario observarlos y tratarlos. En algunos casos los papás sienten que poseen poco que dar a su recién nacido en la unidad de cuidados intensivos neonatales. El personal de la unidad de cuidados intensivos neonatales (UCIN) da encarecidamente a las madres que amamenten una vez que el estado de salud de su bebé lo posibilite.(52) (21,22).

2.2.1.11 Complicaciones del recién nacido

Inmunización: 25% de más de 12,000,000 (doce millones) de muertes infantiles ocurren dentro de la primera semana de vida. Dos millones de niños mueren cada año en el primer día de su vida. Se cree que la mayoría de estas muertes podrían haberse evitado si se hubiera ampliado significativamente la cobertura de salud materna y neonatal(53). Estas evaluaciones muestran que las APP son responsables de una reducción del 27 % en la mortalidad neonatal a

nivel mundial y no tienen un impacto significativo en la reducción de la mortalidad materna (54,55).

2.2.1.12 Diagnóstico precoz de enfermedades

Prueba del talón: La prueba del talón o tamiz se apoya en pinchar un talón del neonato para sustraer unas gotas de sangre para su siguiente estudio. Esta prueba se hace entre los 5 y 7 días. El hipotiroidismo (que es detectable desde las 48 horas), fenilcetonuria, que se puede identificar entre 3 a 7 días tras el principio de la ingesta de alimentos, hiperplasia suprarrenal congénita. Los recién nacidos se someten a una de 2 pruebas que miden su contestación a los sonidos.

Ventilación artificial por bastante más de 10 días, medicación recibida al nacer que logre tener efectos adversos sobre el oído (56)

El recién nacido es un individuo extremadamente dependiente. Los expertos de salud calificados, como los especialistas de enfermería, tienen la posibilidad de contribuir a instruir con detalle a los papás y parientes, en particular esos que son papás adoptivos, primeros papás, etcétera (57). El neonato no debe ser sacudido, ni en juego, en forma cariñosa o por furia. El bebé debe ser cargado con ambas manos asegurando que su cabeza y cuello estén bien sujetos. (58)

2.2.2 MADRE ADOLESCENTE

2.2.2.1 La Adolescencia

La adolescencia es un período de desarrollo físico, psicológico, sexual y social que sigue y comienza en la niñez. Este es un período importante entre la adolescencia y la edad adulta, cuya duración varía según las distintas fuentes y perspectivas médicas, científicas y psicológicas, y suele comenzar entre los 12 y 13 años y finalizar a los 18 años. La Organización Mundial de la Salud define la adolescencia como el período comprendido entre los 10 y los 19 años

y la adolescencia como el período comprendido entre los 10 y los 24 años. Para la Organización Mundial de la Salud, la pubertad, la prepubertad o la adolescencia temprana se produce entre los 10 años y 13, y el segundo período ocurre entre los 14 y 16 años, y la pubertad retrasada ocurre entre los 17 y 19 años de edad(59)

2.2.2.2 Características de la adolescencia:

La juventud se caracteriza por el aumento físico y desarrollo psicológico. El infante comienza a sentir cambios en su organismo y en su mente que lo llevarán a la adultez. Es un tiempo de incremento físico y de cambios hormonales. Los signos más evidentes de una vez que niños y chicas se transforman en jóvenes, son los cambios corporales asociados a la pubertad. En la chica la aparición del vello púbico y el desarrollo de los senos son los primeros signos de los cambios físicos que van a tener a lo largo de la pubertad. Llega alrededor de 2 años más tarde de la aparición de los primeros signos de pubertad, entre los 12 y 13 años.

En el joven, se proporcionan los primeros cambios corporales con la aparición del primer vello púbico, entre los 12 y 13 años. Dichos cambios se extienden hasta llegar al estado maduro, hacia los 16-18 años. La primera eyaculación consciente, es un símbolo considerado como paralelo a la aparición de la menarquia en las chicas y es la que de manera simbólica termina el proceso de la pubertad.

Tanto en niños como en chicas, los cambios hormonales tienen la posibilidad de desencadenar el acné, que puede conllevar una bajada en su autoestima. Los cambios del estado anímico, son cambios repentinos en el cual se puede pasar de la alegría a la melancolía con una velocidad sorprendente. Cambios en el raciocinio, desean revisar lo cual saben, cuestionan y reflexionan sobre temas existenciales y profundos, valores de solidaridad, justicia social, intentando encontrar una mirada propia y genuina. Los cambios que se

proporcionan, concuerdan además con los cambios propios de la era que les toca vivir. (60–62)

A algunos adolescentes les preocupa que, debido a que no saben si sus cuerpos se están desarrollando correctamente, la información que necesitan suele ser difícil de pedir y se la pueden proporcionar en casa o a través de un médico. Dado el crecimiento desigual entre la madurez física y mental, se debe considerar el nivel de necesidad, ya que pueden sentirse tratados en función de su apariencia en lugar de la madurez real. Podemos encontrarnos tratándolo como un adulto o como un niño, lo que puede generar inseguridades y miedos de crecer. Cuando se busca la ayuda profesional la adolescente puede estar viviendo un periodo de angustia emocional muy fuerte. Es cuando entonces la intimidad se convierte en aislamiento.(63)

Los cambios sociales en la juventud son esas diferencias en relación con la forma de interactuar con el ámbito y los individuos presentes en el mismo que aparecen a lo largo de la pubertad.

A lo largo de la juventud, los individuos empiezan a tener relación de forma distinta con su ámbito. Paralelamente, además se modifica la manera en la que se interpreta eso que ocurre, y se van adquiriendo novedosas reacciones, creencias y tácticas sociales que son plenamente diferentes a las presentes a lo largo de la niñez. Los cambios sociales en la juventud tienen la posibilidad de ocasionar una gigantesca confusión tanto en el propio sujeto como en los individuos que permanecen a su alrededor.

Averiguación de Libertad, A lo largo de los años de la niñez, los chicos dependen casi por completo de sus papás y parientes más cercanos para su supervivencia.

Por esto, uno de los cambios más relevantes en la juventud es la averiguación de libertad. No obstante, la averiguación de libertad no posee por qué ser negativa. Por cierto, los profesionales comentan que hablamos de un factor importante de la juventud, por lo cual se necesita que ayudemos a los más adolescentes a aceptar cada vez más la responsabilidad de su propia vida de mejor forma viable.(64,65)

Otro de los primordiales cambios sociales en la juventud es la construcción de nuestra identidad y la identificación de un camino fundamental. La averiguación de nuestra identidad puede involucrar puntos como vivir novedosas vivencias para encontrar lo relevante, de nuevos referentes sociales.

Principalmente los papás, docentes y otros adultos que ejercen autoridad con los jóvenes buscan que ellos asuman la responsabilidad más grande, debido a que se estima que a lo largo de esta fase los adolescentes deben ser capaces de solucionar los problemas en los que se metieron y asumir los retos que les pondrá la vida en el futuro. Los adolescentes van a tener que ser capaces de obtener disciplina y tomar conciencia del valor que representa un hijo en esta etapa de la vida con maneras de actuar para lograr superar esta prueba exitosamente.(66,67)

Los infantes y niños encuentran en sus padres sus mejores modelos a seguir, y eso tiene mucha influencia en su comportamiento y mentalidad. Pues en la adolescencia en ese período, los jóvenes ya no se identifican tanto con ellos y los ven tan reales como personas comunes y con los mismos defectos y virtudes que todos los demás. Por otro lado, durante la adolescencia, los jóvenes comienzan a sentirse más identificados con sus pares y por ello priorizan sus

perspectivas y forma de ver el mundo por encima de los mayores. Esto implica varios cambios, como tomar medidas para obtener la aprobación de un grupo de amigos en lugar de escuchar las opiniones y consejos de los padres.(62)

Participación en conductas de riesgo: Los últimos estudios en neurociencia revelan que las regiones del cerebro en relación con la autopreservación y la función de argumento todavía no han madurado por completo en este periodo, lo cual lleva a los adolescentes a correr muchedumbre de peligros. Esas conductas peligrosas tienen la posibilidad de ocasionar males irreversibles en la vida de los jóvenes, por lo cual es importante transmitirles el valor de tomar precauciones y explicarles los peligros involucrados con comportamientos como el consumo de drogas o el sexo.

Formación de la identidad sexual: Durante esta época los jóvenes formarán su identidad sexual, y deberán aprender a desafiar a sus anhelos, al rechazo por otros, a la incertidumbre y a los puntos de vista más sociales de esta parte de la vida. Desde luego, la formación de la identidad sexual puede ser en particular complicada en los casos en los que el adolescente tenga una orientación sexual minoritaria; pero incluso en el caso de un individuo heterosexual, navegar todos los cambios relacionados con el deseo puede llegar a ser radicalmente difícil.(68–70)

Por otro lado, los jóvenes empiezan a ser capaces de plantearse si eso que realizan es positivo o negativo, además de comenzar a pensar sobre su propio código moral y los valores que anhelan que guíen sus vidas. En varios casos, además, la ingreso en la juventud hace que las personas comiencen a cuestionarse los valores que les han transmitido sus papás y se planteen si dichos son adecuados para ellos. (62,65,68,71)

Los cambios biológicos y orgánicos a lo largo de la juventud marcan de modo casi definitivo el dimorfismo sexual. A veces los jóvenes se preguntan el porqué de la diferencia en el desarrollo y la aparición de los caracteres sexuales entre unos y otros, y la contestación puede hallarse en cualquier persona de los recursos señalados antes. En las féminas, a lo largo de la pubertad temprana, la ganancia de peso continúa siendo de 2 kilogramo por año, empero después experimenta una aceleración que llega a un mayor luego de conseguir el punto de rapidez máxima de incremento. En los varones, el peso coincide con la talla, o sea, de 100 a 200 gramos por año. Después, las féminas depositan grasa de forma más instantánea y más amplia que en los varones, con predominio en miembros inferiores, tronco y parte preeminente del muslo. En condiciones no patológicas, en ningún instante de la pubertad se espera que las féminas pierdan grasa, mientras tanto que los varones en el aumento veloz, pierden grasa en los miembros y el tronco. Este aumento divergente da como consecuencia que los varones tengan hasta un 45 por ciento de su peso del cuerpo en músculos y que las damas hasta un 30 por ciento de su peso del cuerpo en grasa.(62,72)

Bajo las influencias de los andrógenos está establecido además una diferencia en la parte anterior del cartílago tiroideo y las cuerdas vocales, que poseen el triple de longitud en los chicos que en las chicas. El incremento muscular es un hecho sobresaliente, en especial a medida que rige el estirón de la estatura, con predominio en el varón, más que nada por la acción de los andrógenos, que además influyen en la compra de la fuerza muscular. Obviamente, la medida, la fuerza y la destreza tienen la posibilidad de no ser diferentes en un varón y una dama, en funcionalidad de la actividad física que desarrollen. (71)

2.2.2.3 Etapas de la adolescencia:

La adolescencia, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), se extiende desde los 10 u 11 años, hasta los 19 años, y se divide, fundamentalmente, dos fases o etapas, siendo estos siguientes valores usados en el trabajo:

- Juventud temprana: es el lapso comprendido entre los 10 años (niñas) u 11 años (niños), y los 14-15 años.
- Juventud tardía: es el lapso comprendido entre los 14 y 15 años hasta los 19 años de edad.

Posteriormente, le sigue a adolescencia plena, que es el lapso que se alarga a partir de los 19 años hasta los 24 o 25 años de edad.(73–75)

Peligros asociados a la juventud, En la enseñanza, el joven empieza a ser más responsable de su tiempo y sus elecciones. En la salud, el joven comienza a exponerse a conseguir ciertos trastornos alimentarios (anorexia, bulimia, malnutrición). El entorno social, sin embargo, es primordial para el joven tener amigos, ser exitosa, admirado ypreciado, etcétera.(76,77)

Se acota bibliografía usada hace un par de años que subdivide a la adolescencia en tres etapas, cuyos conceptos no se usaran en los resultados de este trabajo.

2.2.2.3.1 Adolescencia temprana

Adolescencia temprana (entre los 10 y los 14 años)

En esta etapa, comienzan a percibir otros cambios corporales, entre los que se integran el aumento de vello en los sobacos y en el sector genital, el desarrollo de los senos en las damas y el incremento del tamaño de los testículos en los varones. En la mayoría de los casos comienza uno o 2 años previamente en las chicas que, en los varones, y podría ser

regular que ciertos cambios comiencen tan rápido como a los 8 años para las chicas y a los 9 años para los varones. Muchas chicas poseen su primera menstruación cerca de los 12 años, aproximadamente de 2 a 3 años más tarde del principio del desarrollo de los senos.

Como parte de esto, los preadolescentes y jóvenes más adolescentes acostumbran sentirse cohibidos por su aspecto y sienten como si sus pares los juzgaran permanentemente. (78,79)

2.2.2.3.2 *Adolescencia media*

Adolescencia media (entre los 14 y los 17 años)

- Los cambios físicos que iniciaron en la pubertad continúan a lo largo de la juventud media. La mayor parte de los varones empiezan su "aumento repentino" y continúan los cambios involucrados con la pubertad.
- Varios adolescentes en su juventud media discuten más con sus papás ya que luchan por tener más libertad.
- El cerebro sigue cambiando y madurando en este periodo, sin embargo, todavía hay muchas diferencias entre la manera de pensar de un adolescente en su juventud media y de un maduro. Los adolescentes en la juventud media poseen más capacidad de pensar en forma abstracta y considerar el "panorama general", sin embargo, todavía carecen de la función de aplicarlo en el instante. Ejemplificando, en determinadas situaciones, los adolescentes en la juventud media se hallan pensando cosas como:
 - "El cannabis es legal ahora, de esta forma que no podría ser tan mala".

Si bien es viable que continúen la lógica de eludir peligros fuera de estas situaciones, los sentimientos fuertes constantemente siguen rigiendo sus elecciones una vez que acceden en juego los impulsos.(80)

2.2.2.3.3 *Adolescencia tardía*

Adolescencia tardía (18 a 21 años... ¡o más!)

Los adolescentes en la juventud tardía generalmente ya completaron el desarrollo físico y alcanzaron la elevación definitiva que van a tener como adultos. Comparativamente con los adolescentes en la juventud media, los adolescentes en la juventud tardía podrían hallarse pensando:

Los jóvenes que se transforman en adultos adolescentes poseen ahora un sentido más firme de su propia individualidad y tienen la posibilidad de detectar sus propios valores. Se centran más en el futuro y basan sus elecciones en sus ilusiones e ideales. (79)

2.2.2.4 Embarazo adolescente

Conforme con la OMS (OMS), la juventud es el lapso en la vida de una persona que comprende entre los 10 y los 19 años. Y es que, una de cada 5 damas en el planeta ya tiene un hijo antecedente de los 18 años y todos los años se generan 16 millones de nacimientos de mamás jóvenes.

Peligros y secuelas en el embarazo muchacho:

Según los profesionales, la edad más oportuna para ser mamá es entre los 20 y los 35 años, debido a que el peligro para la salud de la mamá y el infante es mucho menor. La joven no está preparada ni

física ni psicológicamente para tener un bebé y aceptar la responsabilidad de la maternidad.

Las jóvenes que se quedan embarazadas muestran en varios casos:

- Cuadros de mala nutrición, con carencia de nutrientes fundamentales para el buen desarrollo del bebé
- Un más grande número de abortos espontáneos.
- Partos prematuros, hay un enorme conjunto de bebés de jóvenes que nacen previo a la semana 37 de gestación.
- Las mamás jóvenes poseen chicos con más inconvenientes de salud y trastornos del desarrollo(81,82)

Complicaciones psicológicas para la gestante: Generalmente, los estudios hablan de una secuencia de situaciones por los que pasan las mamás jóvenes:

- Temor a ser rechazadas socialmente: Una de las secuelas de la juventud y el embarazo es que la adolescente se siente criticada por su grupo familiar y sus amigos, y tiende a aislarse del conjunto.
- Rechazo al bebé: Son chicas y no aspiran aceptar la responsabilidad, la era y las obligaciones que implica ser mamá.
- Inconvenientes con el núcleo familiar: Comunicar el embarazo en el núcleo familiar frecuentemente es fuente de problema e inclusive rechazo a causa de su propio ámbito.
- Inconvenientes sociales: La OMS sugiere para evadir el embarazo en la juventud: definir el matrimonio antecedente de los 18 años, incrementar la utilización de anticonceptivos para los jóvenes, minimizar las interacciones bajo coacción y ayudar los programas de prevención de embarazos en la juventud.

Es fundamental informar sobre los peligros y complicaciones del embarazo en la juventud y todos los cambios que se producirán a partir del instante en que la joven se quede preñada (83–87).

Desprendimiento prematuro de placenta, ciertas deficiencias congénitas (los fetos con deficiencias cardiacas congénitas estructurales poseen casi el doble de probabilidades de nacer en forma prematura que los fetos sin deficiencias cardiacas congénitas).

El embarazo múltiple es un elemento de peligro fundamental; el 59% de los gemelos y > 98% de los múltiples de orden preeminente nacen en forma prematura.

No está claro el riesgo que estos elementos socioeconómicos producen independientemente de su efecto sobre otros elementos de riesgo(88–90)

2.2.2.5 El estado civil en la maternidad adolescente

El embarazo en mujeres adolescentes es un fenómeno de preocupación actual. Este es un hecho sociodemográfico con importantes consecuencias como cambios en el estado civil. La mayor proporción de estas uniones formales ocurrieron en las clases altas, siendo los matrimonios religiosos la unión preferida, seguida de las uniones libres, mientras que las madres solteras dominaron las clases bajas. Asimismo, aconsejando que el embarazo adolescente no debe equipararse a la unión; todas las partes deben estar completamente seguras y tener la suficiente madurez mental y emocional para decidir con quién trabajar y quiénes, por supuesto, desean unirse, teniendo en cuenta que el futuro de su hijo está también en juego. (91)

2.2.2.6 Control prenatal

Esta parte de la consulta debería ser abierta y franca, debido a que, si se encuentran tomando cualquier medicamento, éste puede dañar

al bebé, o por otro lado varias vitaminas tienen que darse precozmente en el embarazo para que logren protegerlo de varias partes mal formadas.

El tener las mamas pequeñas no es sinónimo de no poder darle de amamantar al bebé, cada una de las mamás tendrán leche para alimentarlos una vez que llegue el instante.

Y finalmente te van a medir la elevación uterina (la panza) para mirar como el recién nacido está creciendo, empero no te confundas, no es el tamaño del bebé. Los latidos cardíacos del bebé tienen la posibilidad de oír con instrumentos electrónicos o con una corneta de madera que te resultará bastante graciosa la primera ocasión que la veas.

Este método no provoca ningún mal al bebé debido a que está bastante lejos de dicha región y sirve para descartar alguna patología del cuello uterino.

Se solicitan estudio de sangre y orina para saber cómo está la salud en este instante del embarazo (si está anémica, si diabética o si tuvo alguna patología infecciosa que logre dañar al bebé).

La ecografía es un procedimiento sorprendente que posibilita ver los latidos cardíacos, los movimientos y el aumento de tu bebé, sin embargo, bajo ningún criterio sustituye al control que ejecuta los equipamientos de salud.

Como se ve, todo lo mencionado tiene como objetivo conseguir que tanto la madre como el bebé, y los que les rodean, logren gozar de un origen y una maternidad con salud. (92)

2.2.2.7 Formas de parto

Para ello, es fundamental estar informada de las posibilidades existentes, consultar si el centro de salud da la seleccionada, y

consultar con el doctor si es un parto seguro para la mamá y el recién nacido.

- a) Parto común (vaginal): Se utiliza anestesia local (epidural) para contribuir a la mamá a soportar el dolor. A medida que, el bebé está siendo inspeccionado velozmente para después entregarlo a la mamá y se haga el célebre y primordial apego (contacto piel con piel entre madre e hijo).
- b) Cesárea: Se apoya en una participación quirúrgica en la cual se hace una incisión abdominal hasta llegar al útero, para sustraer el recién nacido. En la actualidad la cesárea se hace una vez que por causas médicas no es seguro realizar un parto vaginal.
- c) Parto natural (vaginal sin anestesia): Se le llama parto natural una vez que el recién nacido sale por medio del canal vaginal, no obstante, se diferencia con el común debido a que no se utiliza anestesia ni otras intervenciones como la utilización de oxitocina para excitar espasmos o la ejecución de una episiotomía. Hablamos de continuar los propios tiempos del origen y vivir el instante de la forma más natural, empero a la vez segura, debido a que constantemente habrá ayuda de un especialista de la salud en caso de cualquier complicación o necesidad de anestesia. (93–96)

2.2.2.8 Consumo materno de fármacos:

La mayoría de los medicamentos recetados son seguros durante el embarazo, sin embargo, las mujeres deben consultar todos los medicamentos con un médico mientras están embarazadas o planean un embarazo. Algunos de los medicamentos recetados con frecuencia que pueden dañar al feto son (97):

Insulina. antidepresivos, especialmente inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS); anticonvulsivos (medicamentos que controlan las convulsiones); El alcohol aumenta los riesgos de

legado espontáneo, muerte fetal, retraso del crecimiento fetal, parto prematuro y defectos de nacimiento; Los opiáceos, como la heroína, la morfina, los opiáceos, la oxycodona (OxyContin), la codeína, la hidrocodona, el fentanilo, la hidromorfona (Dilaud), la meperidina (Demerol), la buprenorfina y la metadona afectan el desarrollo fetal y pueden causar síntomas de abstinencia en los bebés horas o días después. . Nacimiento. Los medicamentos opioides como la metadona y la buprenorfina, que a veces se usan para tratar de desarrollar una dependencia de los opioides en la madre, pueden causar síntomas de abstinencia en el bebé. La abstinencia neonatal de metadona puede requerir un proceso más prolongado que la abstinencia infantil de otros opioides. (98,99)

2.2.2.9 Estilo de vida materno:

Además de evitar las sustancias nocivas, las futuras madres pueden aumentar sus posibilidades de tener un bebé sano tomando vitaminas prenatales, cuidados prenatales tempranos, manteniendo un peso saludable y comiendo. En detrimento del feto, una ecografía prenatal puede diagnosticar muchos de estos defectos antes de su origen. (22,100,101)

2.2.2.10 Complicaciones del embarazo adolescente

El embarazo en adultos jóvenes se asocia con una mayor morbilidad y mortalidad tanto para la madre como para el bebé. ya que el embarazo puede interferir, con riesgos de mala nutrición o huesos subdesarrollados, entre otras necesidades.

a) Complicaciones de la mamá adolescente:

Las jóvenes embarazadas poseen un peligro mucho más grande de padecer complicaciones a lo largo del embarazo como:

-Rotura prematura de fuente.

-Mayor peligro de que no acuda a las visitas ginecológicas, o no siga las instrucciones médica doctor.

Los problemas de salud durante el embarazo de la madre pueden afectar el desarrollo del feto y tener un impacto negativo en la salud del recién nacido.

La anorexia y la bulimia pueden provocar deficiencias nutricionales en el feto, al igual que cualquier otra afección en la que la madre no come adecuadamente ni toma las vitaminas adecuadas. El asma no suele dañar al feto de forma continua y una vez controlada la salud de la madre.

El cáncer en sí no daña al feto, pero los medicamentos que se usan para tratar el cáncer pueden tener efectos secundarios que lo afecten. Sin embargo, las convulsiones de la madre también son muy peligrosas para el feto.

La presión arterial alta, las enfermedades cardíacas y las enfermedades renales pueden reducir el crecimiento fetal y otras complicaciones. La hiperplasia puede causar serios problemas tanto para la madre como para el feto. La afección puede conducir a un fuerte aumento de la presión arterial de la madre y puede afectar los riñones, el hígado, el cerebro y otros órganos de la madre. La placenta también se ve afectada y las enfermedades pueden dañar la nutrición del feto o hacer que la placenta se desprenda durante el trabajo de parto recomendado (22,102).

Es probable que las personas con enfermedad de células falciformes experimenten un aumento del dolor a causa de la enfermedad durante el embarazo. Es más probable que los genes que causan la anemia de células falciformes se descubran en el feto durante el embarazo, sin embargo, la patología no comienza hasta varios meses después de su aparición. La enfermedad de la tiroides que causa niveles bajos de

hormona tiroidea (hipotiroidismo) puede dañar el cerebro del feto y provocar problemas neurológicos a largo plazo (22).

a) Complicaciones para el hijo de mamá adolescente:

Castro confirma que se ha visto mucha más grande incidencia de deficiencias congénitas, aunque no graves, entre los bebés nacidos de madres jóvenes. Entre los inconvenientes que tienen la posibilidad de perjudicar al infante, en especial si la mamá no obtiene la atención médica elemental a lo largo de toda la gestación, resaltan:

-Prematuridad (con cada una de las complicaciones asociadas).

-Riesgo de padecer accidentes, patologías, o tener una ingesta de alimentos inadecuada gracias a falta de cuidados maternos (103–107).

CAPÍTULO III

HIPÓTESIS, VARIABLES Y OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

3.1 HIPÓTESIS

Por ser un estudio observacional no se considera hipótesis

3.2 VARIABLES

3.2.1 OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

Variable	Indicador	Categoría	Escala
Edad madre adolescente	Edad en años cumplidos en el ciclo de 12 a 17 años	1. Adolescente temprana 2. Adolescente Tardía	Nominal
Control prenatal	Número de controles institucionales	1. Controlada 2. No controlada N° de controles:_____	Nominal
Presentación del feto	Modalidad de presentación que tuvo el recién nacido	1. Cefálico 2. Podálico 3. Transverso	Nominal
Tipo de parto	Modalidad que culmino parto	1. Parto vaginal 2. cesárea	Nominal
Inducción de trabajo de parto	Presencia de inducción asistida intrahospitalariamente	1. si 2. no N° de días:_____	Nominal
Procedencia	Área de procedencia de la madre	1. Rural 2. Urbana	Nominal
Ganancia adecuada de peso de la madre	Ganancia de peso de la madre en control prenatal	1. Si 2. No	Nominal
Anemia en la madre	Antecedente de anemia de la madre registrada por control de hemoglobina	1. Si 2. No	Nominal
Trabajo de parto	Circunstancias de trabajo de parto	1. Trabajo de parto controlado en servicio	Nominal

		2. Parto de emergencia (llega en perdió expulsivo)	
Sexo recién nacido	Fenotipo de recién nacido por examen clínico	1. Femenino 2. Masculino	Nominal
Edad gestacional	Edad de la gestación registrada en control de ingreso	1. Pretérmino 2. A Término 3. Post Término Edad en semanas: _____	Nominal
Peso de nacimiento	Se registrará el peso al nacer en gramos	Se registrará como variable continua el peso del recién nacido	Razón
Peso/edad gestacional	Se calculará la razón de peso para la edad gestacional según tablas de control validadas para el Perú	1. PEG (Pequeño para edad gestacional) 2. AEG (Adecuado para edad gestacional) 3. GEG (Grande para edad gestacional)	Nominal
Apgar al minuto de nacer	Control de APGAR al minuto 1 de nacer registrado en control pediátrico	1. 0-3 2. 4-6 3. 7-10	Razón
Apgar a los 5 minutos de nacer	Control de APGAR al minuto 5 de nacer registrado en control pediátrico	1. 0-3 2. 4-6 3. 7-10	Razón
Complicaciones del recién nacido	Identificación de las principales complicaciones clínicas identificadas por la especialidad en historia clínica y epicrisis	1. Sufrimiento fetal agudo 2. Asfixia severa 3. Líquido meconial verde 4. Apnea al nacer 5. Hipoglicemia 6. Enf. Membrana Hialina 7. Bronconeumonía 8. Distres transitorio 9. Taquípnea transitoria 10. Trauma obstétrico 11. Sepsis 12. Hiperbilirrubinemia 13. Malformaciones 14. Otro	Nominal
Evolución	Evolución intrahospitalaria	1. Sano (sala común) 2. Servicio de neonatología patológica 3. UCIN	Nominal
Evolución de egreso	Condición de egreso	1. Alta sano 2. Alta mejorado 3. Fallecido	Nominal

CAPÍTULO IV

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

4.1 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

Estudio observacional de corte transversal, retrospectivo, analítico no experimental. No hubo manipulación de variables y los datos fueron recogidos en un solo momento.

4.2 ÁMBITO DE ESTUDIO

El ámbito de estudio fue el Hospital de Apoyo Hipólito Unanue de Tacna, servicios de gineco-obstetricia, neonatología y anatomía patológica. El Hospital Hipólito Unanue de Tacna, es un órgano desconcentrado de la Dirección Regional de Salud Tacna, categorizado como un Hospital II-2, que brinda atención de salud de mediana complejidad a través de atención ambulatoria, emergencia, hospitalización y cuidados intensivos, con pleno respeto de los derechos fundamentales de la persona; asimismo, desarrolla actividades de docencia-servicio e investigación en los ámbitos de pregrado de salud, residentado médico y segunda especialidad en ciencias de la salud.

4.3 POBLACIÓN Y MUESTRA

4.3.1 Población

Población de adolescentes atendidas por parto en el periodo de 2021 a octubre del 2022 son 1200 por registro institucional

4.3.2 Muestra

$$n = \frac{Z_{\alpha}^2 * N * p * q}{(N-1) E^2 + Z_{\alpha}^2 p * q}$$

Donde:

n = Tamaño de la muestra

N = Total de la población

Z_α = Nivel de confianza o seguridad (95%)

p = Proporción esperada mínima con complicaciones (9%)

q = 1-p

E = Error de estimación

- N= 1200
- Z= 1.96
- p= 0.5
- q=0.5
- d= 5%

$$n = 241$$

4.3.2.1 Criterios de inclusión

- a. Recién nacidos de madre adolescente
- b. Recién nacido vivo
- c. Registrado en atención intrahospitalaria
- d. Partos de emergencia atendidos intrahospitalariamente

4.3.2.2 Criterios de exclusión

- a. Madres con patología inherente como SIDA, Tuberculosis activa, Covid 19
- b. Embarazo gemelar
- c. Transeúntes sin registro de historia clínica institucional

4.4 TECNICA Y FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

4.4.1 TECNICA

Se aplicó una Ficha semiestructurada de levantamiento de datos informatizado. La técnica es la recopilación.

4.4.2 INSTRUMENTOS (ver anexo)

a) Ficha semiestructurada

Se trata de instrumento que consigna datos secundarios registrados en historia clínica sobre variables consignadas en la investigación y revisada por asesoría investigativa (ver anexos)

CAPÍTULO V

PROCEDIMIENTO DE ANÁLISIS

5.1 PROCEDIMIENTO DE RECOJO DE DATOS

La aplicación del instrumento de recolección de datos fue de tipo cuantitativo adaptado y validado para el servicio respaldado por publicaciones existentes.

El instrumento contempla:

- Estuvo ajustado a los objetivos de estudio.
- Formato de registro estructurado.
- Administrado por equipo capacitado con supervisión del investigador.

5.2 PROCESAMIENTO DE LOS DATOS

Los resultados se presentan en tablas y gráficos de doble entrada. Los datos se codifican en EXCEL. Se diseñaron gráficas de variables descriptivas. Se utilizarán pruebas univariadas para determinar las principales variables relacionadas utilizando chi cuadrada con un nivel de confianza del 95%. El contraste de variables relacionadas a complicaciones identificará mediante chi cuadrado que mide la asociación de variables de tipo cualitativas.

Se consideró un valor p significativo menor a 0.05.

5.3 CONSIDERACIONES ÉTICAS

El proyecto fue aprobado por dictaminador institucional correspondiente de la Universidad.

Las autoridades del establecimiento fueron informadas sobre la importancia del estudio.

Se guarda absoluta confidencialidad de la identidad de las personas abordadas, a los cuales se les asignará un código de proceso. Para tal fin el levantamiento de la información fue trabajada de modo totalmente anónimo.

Los resultados o la información de estos registros solo se usaron con fines absolutamente científicos, cuidando la confidencialidad de los participantes.

RESULTADOS

TABLA 01
DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA DE LA EDAD Y CICLO DE ADOLESCENCIA DE LA MADRE ADOLESCENTE ATENDIDA EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2021-2022

		N	%
Edad madre adolescente	13	2	0.8%
	14	19	7.9%
	15	37	15.4%
	16	80	33.2%
	17	103	42.7%
	Total	241	100.0%
Tipo de adolescente	Adolescencia Temprana	21	8.7%
	Adolescencia tardía	220	91.3%
	Total	241	100.0%

En la tabla número uno si puedo observar que el 42.7% de la población en estudio tenía 17 años seguido de un 33.2% con 16 años y un 15.4% con 15 años. Hubo un 0.8% que tuvo hasta 13 años de edad cursando una gestación. El 91.3% correspondió a madres en adolescencia tardía pero hubo un 8.7% en la adolescencia temprana.

TABLA 02
DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA DE LAS CARACTERÍSTICAS DE LA
GESTACIÓN DE LA MADRE ADOLESCENTE ATENDIDA EN EL
HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2021-2022

		N	%
Control prenatal	No controlada (< 6 CPN)	150	62.2%
	Controlada (6 a más CPN)	91	37.8%
	Total	241	100.0%
Presentación fetal	Cefálica	231	95.9%
	Podálica	3	1.2%
	Transversa	7	2.9%
	Total	241	100.0%
Tipo de parto	Vaginal	142	58.9%
	Cesárea	99	41.1%
	Total	241	100.0%
Inducción del trabajo de parto	No	237	98.3%
	Sí	4	1.7%
	Total	241	100.0%
Procedencia	Rural	75	31.1%
	Urbana	166	68.9%
	Total	241	100.0%

En la tabla número 2 podemos observar que el 62.2% figuraba como no controlada respecto a sus controles prenatales y sólo un 37.8% tenía adecuadamente condiciones de control. Asimismo, se pudo observar que en 95.9% que las presentaciones fetales fueron cefálicas, pero hubo un 2.9% en posición transversal. Según el tipo de parto, el 58.9% tan sólo fue por vía vaginal y el 41.1% por vía cesárea. Sólo el 1.7% tuvo necesidad de inducción del trabajo de parto. Según procedencia, el 68.9% procedía de área urbana y el 31.1% de área rural.

TABLA 03
DISTRIBUCIÓN DE EDAD GESTACIONAL, GANANCIA DE PESO,
PRESENCIA DE ANEMIA Y LUGAR DE TRABAJO DE PARTO DE LA
MADRE ADOLESCENTE ATENDIDA EN EL HOSPITAL HIPÓLITO
UNANUE DE TACNA, 2021-2022

		N	%
Edad gestacional	Pretérmino	8	3.3%
	A término	225	93.4%
	Post término	8	3.3%
	Total	241	100.0%
Ganancia adecuada del peso de la madre	Sí	112	46.5%
	No	4	1.7%
	Sin controles	125	51.9%
	Total	241	100.0%
Anemia materna	Sí	112	46.5%
	No	129	53.5%
	Total	241	100.0%
Trabajo de parto	En servicio	235	97.5%
	De emergencia	6	2.5%
	Total	241	100.0%

En la tabla 3 podemos observar que el 93.4% tuvo una gestación a término seguido de un 3.3% pos terminó y un 3.3% pretérmino. El 46.5% tuvo una ganancia adecuada de peso una gestación, pero se pudo observar que el 51.9% no tuvo un control adecuado de la ganancia del peso durante la gestación al no existir un registro clínico del mismo obtenido por control de la gestación. Durante el control gestacional se pudo detectar que el 46.5% de las madres adolescentes cursaron con anemia y que el 97.5 % tuvo el trabajo de parto en servicio de hospitalización pero el 2.5% en servicio de emergencia.

TABLA 04
**DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA DEL RECIÉN NACIDO DE MADRE
 ADOLESCENTE ATENDIDO EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE
 DE TACNA, 2021-2022**

		N	%
Sexo del recién nacido	Femenino	142	58.9%
	Masculino	99	41.1%
	Total	241	100.0%
Peso al nacer	<2500 grs	9	3.7%
	2500-4000 grs	212	88.0%
	> 4000 grs	20	8.3%
	Total	241	100.0%
Tamaño según peso/edad gestacional	PEG	2	0.8%
	AEG	219	90.9%
	GEG	20	8.3%
	Total	241	100.0%
Apgar al minuto	0-3	1	0.4%
	4-6	4	1.7%
	7-10	236	97.9%
	Total	241	100.0%
Apgar a los 5 minutos	0-3	1	0.4%
	4-6	2	0.8%
	7-10	238	98.8%
	Total	241	100.0%

En la tabla número cuatro se puede observar las características del recién nacido. Se pudo observar que el 58.9% era de sexo femenino y el 41.1% de sexo masculino. respecto al peso el 88% tuvo un peso al nacer entre 2500 g a 4000 g seguido de un 8.3% con la condición de feto macrosómico y un 3.7% con bajo peso al nacer. El 97.9% tuvo un apagar al minuto entre 7 y 10 pero un 1.7% nació con un Apgar de 4 a 6. El 98.8% alcanzó un Apgar a los 5 minutos entre 7 y 10 pero un 0.8% se mantuvo en 4 a 6. El 90.9% nació con un peso adecuado para la edad gestacional, pero se observó que el 8.3% era grande para la edad gestacional.

TABLA 05**DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA DE PRINCIPALES CONDICIONES
PATOLÓGICAS DEL RECIÉN NACIDO DE MADRE ADOLESCENTE
ATENDIDO EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2021-
2022**

	N	%
Hiperbilirrubinemia	20	8.3%
Macrosomía	20	8.3%
Circular al cuello	14	5.8%
Presentación compuesta de mano	11	4.6%
Sepsis	9	3.7%
Cefalohematoma	8	3.3%
Sífilis congénita	4	1.7%
Conjuntivitis aguda	4	1.7%
Bradycardia fetal	4	1.7%
Sufrimiento fetal agudo	3	1.2%
Trauma obstétrico	3	1.2%
Desnutrición leve	2	0.8%
Fractura de clavícula	2	0.8%
Deshidratación neonatal	2	0.8%
Rinitis	2	0.8%
Dermatitis por contacto	2	0.8%
Asfixia severa	1	0.4%
Insuficiencia respiratoria	1	0.4%

En la tabla 5 se puede observar las condiciones adversas asociadas al feto y/o recién nacido. Se pudo observar que las condiciones adversas más frecuentes fueron en un 8.3% la hiperbilirrubinemia y en la misma proporción la macrosomía fetal seguido en tercer lugar con un 5.8% circular al cuello al momento durante el parto y un 4.6% una presentación compuesta de mano en el grupo de presentación cefálica. En 3.7% de los recién nacidos presentaron sepsis y el 3.3% cefalohematoma al nacer. Asimismo se pudo observar un 1.7% con sífilis congénita.

TABLA 06

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA DE EVOLUCIÓN DEL RECIÉN NACIDO DE MADRE ADOLESCENTE ATENDIDO EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2021-2022.

		N	%
Evolución	Sano	218	90.5%
	Serv. Neonatología patol.	20	8.3%
	UCIN	3	1.2%
	Total	241	100.0%
Evolución de egreso	Alta sano	226	93.8%
	Alta mejorado	14	5.8%
	Fallecido	1	0.4%
	Total	241	100.0%

En la tabla 6 se puede observar la evolución final del recién nacido de madre adolescente. El 90.5% tuvo una evolución en la condición de sano pero un 8.3% fue derivado al servicio de una neonatología patológica y el 1.2% a la unidad de cuidados intensivos neonatales. La evolución al egreso fue de uno 93.8% como sano al alta, un 5.8% de mejorado al alta y se tuvo el antecedente de un fallecido.

TABLA 07
FACTORES PATOLÓGICOS ASOCIADOS A EVOLUCIÓN DEL
RECIÉN NACIDO DE MADRE ADOLESCENTE

		Evolución								p
		Sano		Serv. Neonat.		UCIN		Total		
		N	%	N	%	N	%	N	%	
Sufrimiento fetal agudo	No	218	100.0%	20	100.0%	0	0.0%	238	98.8%	0.00
	Sí	0	0.0%	0	0.0%	3	100.0%	3	1.2%	
Asfixia severa	No	218	100.0%	20	100.0%	2	66.7%	240	99.6%	0.00
	Sí	0	0.0%	0	0.0%	1	33.3%	1	0.4%	
Líquido meconial verde	No	218	100.0%	20	100.0%	3	100.0%	241	100.0%	n.s.
	Sí	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	
Apnea al nacer	No	218	100.0%	20	100.0%	3	100.0%	241	100.0%	n.s.
	Sí	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	
Trauma obstétrico	No	218	100.0%	18	90.0%	2	66.7%	238	98.8%	0.00
	Sí	0	0.0%	2	10.0%	1	33.3%	3	1.2%	
Sepsis	No	218	100.0%	14	70.0%	0	0.0%	232	96.3%	0.00
	Sí	0	0.0%	6	30.0%	3	100.0%	9	3.7%	
Hiperbilirrubinemia	No	203	93.1%	14	70.0%	1	33.3%	218	90.5%	0.00
	Sí	15	6.9%	6	30.0%	2	66.7%	23	9.5%	
Otro	No	159	72.9%	8	40.0%	0	0.0%	167	69.3%	0.00
	Sí	59	27.1%	12	60.0%	3	100.0%	74	30.7%	
Desnutrición Leve	No	216	99.1%	20	100.0%	3	100.0%	239	99.2%	0.899
	Sí	2	0.9%	0	0.0%	0	0.0%	2	0.8%	
Macrosomía	No	202	92.7%	16	80.0%	3	100.0%	221	91.7%	0.127
	Sí	16	7.3%	4	20.0%	0	0.0%	20	8.3%	
Cefalohematoma	No	212	97.2%	20	100.0%	1	33.3%	233	96.7%	0.000
	Sí	6	2.8%	0	0.0%	2	66.7%	8	3.3%	
Sífilis Congenita	No	218	100.0%	16	80.0%	3	100.0%	237	98.3%	0.000
	Sí	0	0.0%	4	20.0%	0	0.0%	4	1.7%	
Present. Compuest de Mano	No	207	95.0%	20	100.0%	3	100.0%	230	95.4%	0.544
	Sí	11	5.0%	0	0.0%	0	0.0%	11	4.6%	
Circular al Cuello	No	204	93.6%	20	100.0%	3	100.0%	227	94.2%	0.457
	Sí	14	6.4%	0	0.0%	0	0.0%	14	5.8%	
Conjuntivitis Aguda	No	218	100.0%	16	80.0%	3	100.0%	237	98.3%	0.000
	Sí	0	0.0%	4	20.0%	0	0.0%	4	1.7%	
Insuficiencia Respiratoria	No	218	100.0%	20	100.0%	2	66.7%	240	99.6%	0.000
	Sí	0	0.0%	0	0.0%	1	33.3%	1	0.4%	
Fractura de Clavícula	No	218	100.0%	18	90.0%	3	100.0%	239	99.2%	0.000
	Sí	0	0.0%	2	10.0%	0	0.0%	2	0.8%	
Deshidratación Neonatal	No	216	99.1%	20	100.0%	3	100.0%	239	99.2%	0.899
	Sí	2	.9%	0	0.0%	0	0.0%	2	.8%	
Rinitis	No	216	99.1%	20	100.0%	3	100.0%	239	99.2%	0.899
	Sí	2	0.9%	0	0.0%	0	0.0%	2	0.8%	
Dermatitis por contacto	No	218	100.0%	18	90.0%	3	100.0%	239	99.2%	0.000
	Sí	0	0.0%	2	10.0%	0	0.0%	2	0.8%	
Bradycardia Fetal	No	214	98.2%	20	100.0%	3	100.0%	237	98.3%	0.807
	Sí	4	1.8%	0	0.0%	0	0.0%	4	1.7%	

En la tabla 7 se pudo constatar los factores obstétricos y del recién nacido asociados a la evolución final al nacimiento encontrándose que los factores principalmente asociados fueron: sufrimiento fetal agudo, asfixia severa, trauma obstétrico, sepsis, hiperbilirrubinemia, cefalohematoma, sífilis congénita, conjuntivitis aguda, insuficiencia respiratoria y fractura de clavícula ($p < 0.05$)

TABLA 08

**FACTORES DE LA GESTACIÓN Y PARTO ASOCIADOS A
EVOLUCIÓN DEL RECIÉN NACIDO DE MADRE ADOLESCENTE
ATENDIDO EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2021-
2022**

		Evolución								P
		Sano		Serv. Neonatología patolog.		UCIN		Total		
		N	%	N	%	N	%	N	%	
Tipo de adolescente	Adolescencia Temprana	17	7.8%	4	20.0%	0	0.0%	21	8.7%	0.156
	Adolescencia tardía	201	92.2%	16	80.0%	3	100.0%	220	91.3%	
	Total	218	100.0%	20	100.0%	3	100.0%	241	100.0%	
Control prenatal	No controlada (< 6 CPN)	131	60.1%	16	80.0%	3	100.0%	150	62.2%	0.085
	Controlada (6 a más CPN)	87	39.9%	4	20.0%	0	0.0%	91	37.8%	
	Total	218	100.0%	20	100.0%	3	100.0%	241	100.0%	
Presentación fetal	Cefálica	211	96.8%	18	90.0%	2	66.7%	231	95.9%	0.00
	Podálica	2	.9%	0	0.0%	1	33.3%	3	1.2%	
	Transversa	5	2.3%	2	10.0%	0	0.0%	7	2.9%	
	Total	218	100.0%	20	100.0%	3	100.0%	241	100.0%	
Tipo de parto	Vaginal	137	62.8%	4	20.0%	1	33.3%	142	58.9%	0.001
	Cesárea	81	37.2%	16	80.0%	2	66.7%	99	41.1%	
	Total	218	100.0%	20	100.0%	3	100.0%	241	100.0%	
Procedencia	Rural	69	31.7%	6	30.0%	0	0.0%	75	31.1%	0.498
	Urbana	149	68.3%	14	70.0%	3	100.0%	166	68.9%	
	Total	218	100.0%	20	100.0%	3	100.0%	241	100.0%	
Edad gestacional	Pretérmino	4	1.8%	2	10.0%	2	66.7%	8	3.3%	0.00
	A término	208	95.4%	16	80.0%	1	33.3%	225	93.4%	
	Post término	6	2.8%	2	10.0%	0	0.0%	8	3.3%	
	Total	218	100.0%	20	100.0%	3	100.0%	241	100.0%	
Ganancia adecuada del peso de la madre	Sí	106	48.6%	6	30.0%	0	0.0%	112	46.5%	0.196
	No	4	1.8%	0	0.0%	0	0.0%	4	1.7%	
	Sin controles	108	49.5%	14	70.0%	3	100.0%	125	51.9%	
	Total	218	100.0%	20	100.0%	3	100.0%	241	100.0%	
Anemia materna	Sí	96	44.0%	14	70.0%	2	66.7%	112	46.5%	0.065
	No	122	56.0%	6	30.0%	1	33.3%	129	53.5%	
	Total	218	100.0%	20	100.0%	3	100.0%	241	100.0%	
Trabajo de parto	En servicio	214	98.2%	18	90.0%	3	100.0%	235	97.5%	0.078
	emergencia	4	1.8%	2	10.0%	0	0.0%	6	2.5%	
	Total	218	100.0%	20	100.0%	3	100.0%	241	100.0%	

En la tabla 8 se puede observar las características maternas asociadas a evolución final del recién nacido. En ello podemos observar que las variables principalmente asociadas fueron presentación fetal, edad gestacional y tipo de parto, principalmente ($p < 0.05$)

TABLA 09

**FACTORES DEL RECIÉN NACIDO DE MADRE ADOLESCENTE
ASOCIADOS A EVOLUCIÓN ATENDIDO EN EL HOSPITAL HIPÓLITO
UNANUE DE TACNA, 2021-2022**

		Evolución								P
		Sano		Serv. Neonatología patolog.		UCIN		Total		
		N	%	N	%	N	%	N	%	
Sexo del recién nacido	Femenino	125	57.3%	16	80.0%	1	33.3%	142	58.9%	0.095
	Masculino	93	42.7%	4	20.0%	2	66.7%	99	41.1%	
	Total	218	100.0%	20	100.0%	3	100.0%	241	100.0%	
Peso al nacer	<2500 grs	4	1.8%	2	10.0%	3	100.0%	9	3.7%	0.00
	2500-4000	198	90.8%	14	70.0%	0	0.0%	212	88.0%	
	> 4000 grs	16	7.3%	4	20.0%	0	0.0%	20	8.3%	
	Total	218	100.0%	20	100.0%	3	100.0%	241	100.0%	
Tamaño según peso/edad gestacional	PEG	0	0.0%	2	10.0%	0	0.0%	2	0.8%	0.00
	AEG	200	91.7%	16	80.0%	3	100.0%	219	90.9%	
	GEG	18	8.3%	2	10.0%	0	0.0%	20	8.3%	
	Total	218	100.0%	20	100.0%	3	100.0%	241	100.0%	
Apgar al minuto	0-3	0	0.0%	0	0.0%	1	33.3%	1	0.4%	0.00
	4-6	2	0.9%	0	0.0%	2	66.7%	4	1.7%	
	7-10	216	99.1%	20	100.0%	0	0.0%	236	97.9%	
	Total	218	100.0%	20	100.0%	3	100.0%	241	100.0%	
Apgar a los 5 minutos	0-3	0	0.0%	0	0.0%	1	33.3%	1	0.4%	0.00
	4-6	0	0.0%	0	0.0%	2	66.7%	2	0.8%	
	7-10	218	100.0%	20	100.0%	0	0.0%	238	98.8%	
	Total	218	100.0%	20	100.0%	3	100.0%	241	100.0%	

En la tabla 9 podemos observar las características del recién nacido y su relación con evolución final. Podemos observar que las variables principalmente asociadas fueron peso al nacer, peso para la edad gestacional, apagar al minuto y apagar a los 5 minutos ($p < 0.05$). Fueron estas variables las principalmente condicionantes a una evolución desfavorable después del nacimiento.

DISCUSIÓN

La adolescencia es el ciclo de vida que cursa entre la niñez y el ciclo de vida adulto. La OMS lo determina como la etapa de edad de los 10 hasta los 19 años. Durante este tiempo se adquiere la fertilidad y se tiende a ser más activos sexualmente, aumentando por esta razón el su riesgo de un embarazo no deseado o adquirir una infección de transmisión sexual. Las madres adolescentes están frente a enormes retos a lo largo de su gestación o durante la misma crianza de sus menores hijos y que al parecer generan cambios a medida que los niños crecen y la adolescente regresa a las actividades sociales y profesionales.

Los recién nacidos de madre adolescente está sometido a múltiples riesgos, desde la etapa de la concepción; ya sea por el rechazo del embarazo o por desconocimiento de los diversos cambios que en la mujer madre implica. El recién nacido enfrenta, desde su nacimiento diversas condiciones adversas que condicionan estado de salud y normal desarrollo.

Cano en su investigación señala debido a que la población adolescente refleja un aumento de la actividad sexual y de inicio temprano esta condición genera riesgos de embarazos no deseados (3). Xavier en su investigación refiere que el embarazo en adolescentes es un problema de salud pública. Los dos trastornos del recién nacido más comunes en su muestra de estudio fueron la insuficiencia respiratoria y la sepsis, y las dos condiciones más comunes y determinantes fueron que vivían en áreas rurales con menos de 5 controles prenatales (1). Santos et al del mismo modo refiere en su trabajo que el embarazo adolescente es un grave problema de salud pública (2) Góngora-Ávila et al también afirma que el embarazo en la adolescencia representa un serio problema de salud, debido las complicaciones maternas y perinatales propias causadas por la falta de condicionamiento hormonal y físicos. (4) Sarmiento et al refiere que en Argentina, el embarazo adolescente es un problema de salud pública, con serias implicaciones en la salud y nutrición del binomio madre-hijo. (5) Yerba en su tesis refiere que se tenga en cuenta que la adolescencia se caracteriza por la inmadurez fisiológica, psicosocial y la inestabilidad emocional para reclamar el papel de la madre y que estas desventajas

acarrear un riesgo de daño para el recién nacido (9). Hernández Maldonado et al analiza que el embarazo adolescente en el Perú es un problema de salud pública desde hace décadas que se encuentra muy extendido en las diferentes regiones del país con brechas grandes entre las diferentes poblaciones (10).

EN nuestro estudio encontramos que el 42.7% de la población en estudio tenía 17 años seguido de un 33.2% con 16 años y un 15.4% con 15 años. Hubo un 0.8% que tuvo hasta 13 años de edad cursando una gestación. El 91.3% correspondió a madres en adolescencia tardía, pero hubo un 8.7% en la adolescencia temprana. Asimismo, 62.2% figuraba como no controlada respecto a sus controles prenatales. Según el tipo de parto, el 58.9% tan sólo fue por vía vaginal y el 41.1% por vía cesárea. Algo que llamo la atención es que el 31.1% de las madres adolescentes procedía de zona rural a pesar que la población adolescente en dicha área es mucho más pequeña que la observada en zona urbana. El 93.4% tuvo una gestación a término y sólo el 46.5% tuvo una ganancia adecuada de peso una gestación y que esta era conocida por el trabajador de salud asistencial. Se observó que el 51.9% no tuvo un control adecuado de la ganancia del peso durante la gestación, no existiendo un registro clínico al respecto.

Entre los diferentes factores de riesgo estudiados, Xavier encontró que las madres entre 14 y 19 años tenían menos de cinco controles de salud. Además, sufrían de anemia, el 100% de las madres adolescentes han tenido un aumento de peso inadecuado. Concluye que las madres adolescentes tienen una edad gestacional de al menos 37 semanas y una alta prevalencia neonatal al nacer con AGPAR 8 y 9 en los primeros 5 minutos (1). Góngora-Ávila et al encontró que el 55,9 % de las gestantes adolescentes tenía entre 18 y 19 años, el 26,5 % presentó anemia como enfermedad asociada. El 26,5 % de los partos fue de tipo distócico; y el 17,6 % de los recién nacidos de madres adolescentes fueron pretérmino. (4). En otros estudios como el publicado por Santos et al, el 77% presentó peso adecuado para la edad gestacional (PAEG) (91,02%) y Apgar normal (79%) (2) Sarmiento et al encontró asociación estadísticamente significativa entre el peso al nacer tanto con las características biológicas y sociales de la madre y, del neonato, como así también el control prenatal.(5)

Leiva Parra et al en Perú identifica las características de los recién nacidos de madres adolescentes. Del total de las madres el 89.5% tuvieron control prenatal. 97.20% tuvo presentación cefálica al momento del parto. El 61.44% nació por cesárea. El 6.83% de los recién nacidos fueron de pretérminos; el 92,54% fueron a término y en el 0,31% fueron postérmino. Según diagnóstico pediátrico el 86.56% de los recién nacidos de madres adolescentes tardía fueron adecuados para la edad gestacional (AEG) y el 10.52% de los recién nacidos de madres adolescentes temprana fueron pequeños para la edad gestacional (PEG). El 96.89% presentaron un APGAR al minuto entre 7-10 y el 99.22% un APGAR entre 7-10 a los 5 minutos.(7) Rosa et al también en Perú observó que según edad gestacional, el 90,3% fue adecuado. El parto vaginal ocurrió en 82,3%. El control prenatal fue inadecuado en 32,3%. La ictericia estuvo ausente en 95,2% y 96,8%, respectivamente. 93,5% y 96,8% sepsis (8). Yerba encontró 86,44% de recién nacidos a término, 13,14% de prematuros y 0,42% de placenta. De los recién nacidos, el 86,86% fueron de peso medio, el 11,86% de peso bajo, el 0,85% de peso muy bajo y el 0,42% de macrosomía. El 83,05% de los recién nacidos tuvo edad gestacional adecuada, el 9,32% fue pretérmino y el 7,63% fue post término (9) Hernández Maldonado et al reveló que las adolescentes embarazadas tenían casi ocho veces más riesgo de bajo peso al nacer que las mujeres embarazadas de otros grupos de edad ($p < 0,05$). (10)

En nuestra investigación, el 58.9% era de sexo femenino y el 41.1% de sexo masculino. Respecto al peso, el 88% tuvo un peso al nacer entre 2500 g a 4000 g seguido de un 8.3% con la condición de feto macroeconómico y un 3.7% con bajo peso al nacer. Se encontró que las condiciones adversas más frecuentes fueron en un 8.3% la hiperbilirrubinemia y en la misma proporción la macrosomía fetal seguido en tercer lugar con un 5.8% circular al cuello al momento d del parto y un 4.6% una presentación compuesta de mano en el grupo de presentación cefálica. En 3.7% de los recién nacidos presentaron sepsis y el 3.3% cefalohematoma al nacer. Se pudo observar un 1.7% con sífilis congénita.

Asimismo, Yerba refiere que el embarazo en adolescentes presenta efectos secundarios o complicaciones como el desprendimiento de la placenta, la preeclampsia, la anemia, el parto prematuro, el aumento de abortos espontáneos y la frecuencia de cesárea (9) y no es muy diferentes en las diferentes regiones de Latinoamérica. Respecto a los diferentes riesgos en el recién nacido, Cabello et al comparan los factores asociados a las complicaciones en el feto destacándose la amenaza de parto prematuro, DPP, RPM, embarazo prolongado y trabajo de parto complicado por sufrimiento fetal.(6) EN lo observado en nuestra investigación, el 90.5% tuvo una evolución en la condición de sano pero un 8.3% fue derivado al servicio de una neonatología patológica y el 1.2% a la unidad de cuidados intensivos neonatales. La evolución al egreso fue de uno 93.8% como sano al alta, un 5.8% de mejorado al alta y se tuvo el antecedente de un fallecido. Los principales factores de riesgo asociados a la evolución del recién nacido fueron sufrimiento fetal agudo, asfixia severa, trauma obstétrico, sepsis, hiperbilirrubinemia, cefalohematoma, sífilis congénita, conjuntivitis aguda, insuficiencia respiratoria y fractura de clavícula ($p < 0.05$). Asimismo, dentro de las características de la gestación, los factores principalmente relacionados fueron presentación fetal, edad gestacional y tipo de parto el gestacional, principalmente ($p < 0.05$). Respecto a las características del recién nacidos relacionados a la evolución fueron peso al nacer, peso para la edad gestacional, apagar al minuto y apagar a los 5 minutos.

En las diferentes regiones del planeta, y en los diferentes niveles de complejidad en la atención, el rol de la educación es una de las principales estrategias de prevención del embarazo en la adolescente. El apoyo familiar y el crecimiento en un entorno social favorable son uno de los principales factores determinantes para el éxito o fracaso de un proyecto de vida de un adolescente. Cano afirma que el 87% refiere que las estrategias pedagógicas han permitido mejorar el manejo del recién nacido en las adolescentes embarazadas.(3)

Creemos que el embarazo en los adolescentes y efectos en los recién nacidos en este ciclo de vida todavía constituye un problema de salud pública en nuestro país

y región que exige estrategias más ordenadas y vinculadas con los factores determinantes como el nivel educativo y conocimiento de este problema.

CONCLUSIONES

1. El 42.7% de las madres adolescentes de la muestra en estudio tenía 17 años seguido de un 33.2% con 16 años y un 15.4% con 15 años. El 62.2% era “no controlada”. El 95.9% tuvo presentación fetal cefálicas y un 2.9% en posición transversal. El 58.9% tuvo parto vía vaginal y el 41.1% por vía cesárea. El 68.9% procedía de área urbana y el 31.1% de área rural. El 93.4% tuvo una gestación a término. El 51.9% no tuvo un registro clínico de la ganancia del peso durante la gestación.
2. El 58.9% de los recién nacidos era de sexo femenino y el 41.1% de sexo masculino. El 88% tuvo un peso al nacer entre 2500 g a 4000 g seguido de un 8.3% con la condición de feto macroeconómico. Sólo un 3.7% tuvo bajo peso al nacer. El 97.9% tuvo un apagar al minuto entre 7 y 10. El 98.8% alcanzó un Apgar a los 5 minutos entre 7 y 10 pero un 0.8% se mantuvo en 4 a 6. El 90.9% nació con un peso adecuado para la edad gestacional, pero se observó que el 8.3% era grande para la edad gestacional.
3. Un 8.3% de los recién nacidos curso con hiperbilirrubinemia y macrosomía, respectivamente. El 5.8% tuvo circular al cuello al momento del parto y un 4.6% una presentación compuesta de mano en el grupo de presentación cefálica. En 3.7% de los recién nacidos presentaron sepsis y el 3.3% cefalohematoma al nacer. Asimismo, se pudo observar un 1.7% con sífilis congénita. El 90.5% tuvo una evolución en la condición de sano pero un 8.3% fue derivado al servicio de una neonatología patológica y el 1.2% a la unidad de cuidados intensivos neonatales.
4. Las variables principalmente asociadas evolución del recién nacido fueron sufrimiento fetal agudo, asfixia severa, trauma obstétrico, sepsis, hiperbilirrubinemia, cefalohematoma, sífilis congénita, conjuntivitis aguda, insuficiencia respiratoria y fractura de clavícula ($p<0.05$). Asimismo, edad gestacional y tipo de parto, principalmente ($p<0.05$). Respecto a las características del recién nacidos relacionados a la evolución fueron peso al

nacer, peso para la edad gestacional, apagar al minuto y apagar a los 5 minutos.

RECOMENDACIONES

1. Proponer estrategias de prevención del embarazo adolescente a través de trabajo en conjunto con el sector educación.
2. Realizar un mejor monitoreo de la gestante adolescente con búsqueda activa de cada caso, en especial en zona rural.
3. Realizar trabajos de investigación de factores familiares, sociales, educacionales y del entorno sanitario que condiciona un riesgo de gestación no deseada en la población adolescente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Xavier SC. Recién nacido hijo de madre adolescente: riesgos maternos y morbilidad neonatal en el servicio de neonatología del Hospital Gineco-Obstétrico Isidro Ayora, julio - octubre 2018. 2018;7.
2. Santos ESD, Franzoy J, Lezcano ME, Luna ME, Abreo GI. Embarazo adolescente: Resultados perinatales en la maternidad de un hospital de la Ciudad de Corrientes. Rev Fac Med. 12 de octubre de 2017;37(1):21-6.
3. Cano JRM, Navarrete MFC, Falcón VV, Martínez BS. Manejo del recién nacido en adolescentes de 15 a 19 años en el centro de salud San Gabriel. Rev Conrado. 5 de octubre de 2021;17(S2):36-42.
4. Góngora-Ávila CR, Mejias-Arencibia RA, Vázquez-Carvajal L, Frías-Pérez AE, Cruz-Morales R de la C, Linares-Perez M. Caracterización de las gestantes con recién nacidos bajo peso del Policlínico Docente “7 de Noviembre”. Univ Médica Pinareña. 2021;17(3):1-9.
5. Sarmiento M del CZ, Ontivero JCOL. Factores maternos asociados al peso al nacer del recién nacido en embarazadas adolescentes de Salta- Capital. Argentina. Años 2002-2011. RESPYN Rev Salud Pública Nutr. 29 de septiembre de 2020;19(3):1-7.
6. Cabello ECC. Factores asociados a complicaciones en recién nacidos de madres adolescentes: estudio comparativo. Cuid Salud Kawsayninchis [Internet]. 2014 [citado 15 de junio de 2022];1(1). Disponible en: https://revistas.urp.edu.pe/index.php/Cuidado_y_salud/article/view/1102
7. Leiva Parra EJ, Leiva Herrada CH, Leiva Parra DE, Leiva Parra EJ, Leiva Herrada CH, Leiva Parra DE. El recién nacido de madre adolescente. Rev Chil Obstet Ginecol. 2018;83(6):559-66.
8. Rosa L, F A. Complicaciones en recién nacidos de madres adolescentes tempranas en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza de mayo del 2008 a mayo del 2012. Horiz Méd Lima. enero de 2015;15(1):14-20.
9. Yerba M. CARACTERÍSTICAS PERINATALES DE RECIÉN NACIDOS DE MADRES ADOLESCENTES, SERVICIO DE NEONATOLOGÍA DEL HOSPITAL REGIONAL MANUEL NÚÑEZ BUTRÓN - PUNO,. :67.
10. Hernández Maldonado C, Rosales Rimache J. Asociación entre embarazo adolescente e hiperbilirrubinemia y bajo peso al nacer: cohorte retrospectiva en un hospital en Perú, 2015-2016. An Fac Med. abril de 2019;80(2):150-6.

11. Enciclopedia Médica A.D.A.M. Neonato [Internet]. MedlinePlus enciclopedia médica. 2021 [citado 8 de junio de 2022]. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/002271.htm>
12. Aspuri Crisostomo GJ. Cuidado de Enfermería aplicado a un recién nacido de alto riesgo en el servicio de Neonatología. Hospital regional de Ica [Internet] [Tesis]. [Arequipa, Perú]: Universidad Nacional San Agustín de Arequipa; 2019 [citado 8 de junio de 2022]. Disponible en: <http://repositorio.unsa.edu.pe/handle/UNSA/9113>
13. Stavis. Edad gestacional - Pediatría [Internet]. Manual MSD versión para profesionales. 2019 [citado 8 de junio de 2022]. Disponible en: <https://www.msmanuals.com/es-pe/professional/pediatr%C3%ADa/problemas-perinatales/edad-gestacional>
14. Gonzáles Alcántara HI. Fórmulas de utilidad en pediatría [Internet]. 2016. Disponible en: <http://www.saludinfantil.org/urgped/Formulas%20Utiles%20pediatria.pdf>
15. Álvarez Iglesias B, Lasarte Ibáñez A, Calvo Suárez AI. Plan de cuidados del neonato para el personal de Enfermería - Ocronos - Editorial Científico-Técnica. Revista Ocronos [Internet]. 2020 [citado 8 de junio de 2022]; Disponible en: <https://revistamedica.com/plan-de-cuidados-neonato-enfermeria/>
16. Gómez-Gómez M, Danglot-Banck C, Aceves-Gómez M. Clasificación de los niños recién nacidos. Rev Mex Pediatría [Internet]. 2012;79(1):32-9. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/pediat/sp-2012/sp121g.pdf>
17. Morán-López GS, Rivero-Cervantes AE, Zamora-Santiago G, González-Santes M. Curvas de crecimiento intrauterino a nivel del mar. Bol Méd Hosp Infant México [Internet]. octubre de 2006 [citado 8 de junio de 2022];63(5):301-6. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1665-11462006000500003&lng=es&nrm=iso&tlng=es
18. Química.es. Enciclopedia química. Neonato, de los 1000 primeros días de tu bebé. Italo Farnetani. Ed. Alfa-omeda-Everest [Internet]. Química.es. 2022 [citado 8 de junio de 2022]. Disponible en: <https://www.quimica.es/enciclopedia/Neonato.html>
19. Monroy-Torres R, Ramírez-Hernández SF, Guzmán-Bárceñas J, Naves-Sánchez J. Comparación de cinco curvas de crecimiento de uso habitual para prematuros en un hospital público. Rev Investig Clínica [Internet]. 2010 [citado 8 de junio de 2022];62(2):121-7. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revinvcli/nn-2010/nn102e.pdf>

20. Clasificación del recién nacido según las curvas de Lubchenco [Internet]. Bebés y más. 2011 [citado 8 de junio de 2022]. Disponible en: <https://www.bebesymas.com/recien-nacido/clasificacion-del-recien-nacido-segun-las-curvas-de-lubchenco>
21. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). Guía para el manejo integral del recién nacido grave [Internet]. Primera edición. Guatemala: Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Oficina Regional de las Américas; 2015 [citado 8 de junio de 2022]. 588 p. Disponible en: <https://www.paho.org/gut/dmdocuments/Guia%20para%20el%20manejo%20integral%20del%20recien%20nacido%20grave.pdf>
22. Lattari Balest A. Introducción a los problemas generales del recién nacido - Salud infantil [Internet]. Manual MSD. 2021 [citado 9 de junio de 2022]. Disponible en: <https://www.msdmanuals.com/es-pe/hogar/salud-infantil/problemas-generales-del-reci%C3%A9n-nacido/introducci%C3%B3n-a-los-problemas-generales-del-reci%C3%A9n-nacido>
23. Rodríguez Bonito R. Manual de Neonatología Bonito 2da Ed [Internet]. Segunda edición. México, D.F.: Mc Graw Hill/Interamericana editores S.A. de C.V.; 2012 [citado 8 de junio de 2022]. Disponible en: https://www.academia.edu/40755777/Manual_de_Neonatologia_Bonito_2da_Ed
24. Marín Gabriel MA, Martín Moreiras J, Lliteras Fleixas G, Delgado Gallego S, Pallás Alonso CR, de la Cruz Bértolo J, et al. Valoración del test de Ballard en la determinación de la edad gestacional. An Pediatría [Internet]. 1 de febrero de 2006 [citado 8 de junio de 2022];64(2):140-5. Disponible en: <http://www.analesdepediatría.org/es-valoracion-del-test-ballard-determinacion-articulo-13084173>
25. Dowsen S. El aspecto de un recién nacido: qué es normal - Nemours KidsHealth [Internet]. 2018 [citado 8 de junio de 2022]. Disponible en: <https://kidshealth.org/es/parents/newborn-variations.html>
26. MedlinePlus en español [Internet]. Bethesda (MD): Biblioteca Nacional de Medicina (EE. UU.) [actualizado 27 ago. 2019]. Crear lazos afectivos con el recién nacido: MedlinePlus enciclopedia médica [Internet]. [citado 8 de junio de 2022]. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/patientinstructions/000677.htm>
27. Abascal MI, Alonso C, Alonso R, Blasco Y, Bustos G, Cala R, et al. Guía de cuidados del recién nacido en la maternidad [Internet]. Bustos Lozano G, editor. 2007 [citado 8 de junio de 2022]. Disponible en: <https://www.aeped.es/sites/default/files/6-guiarnhu12oct.pdf>

28. Cook Children's Health Care System. El aspecto de un recién nacido: qué es normal (para Padres) - Cook Children's [Internet]. 2022 [citado 8 de junio de 2022]. Disponible en: <https://kidshealth.org/CookChildrens/es/parents/newborn-variations.html>
29. Enciclopedia Médica A.D.A.M. [Internet]. Johns Creek (GA): Ebix, Inc., A.D.A.M.; ©1997-2020. Reflejos en los bebés: MedlinePlus enciclopedia médica [Internet]. MedlinePlus en español. [citado 8 de junio de 2022]. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/003292.htm>
30. Maldonado-Durán JM. Salud Mental Prenatal [Internet]. Primera edición. Whashington: Organización Panamericana de la Salud; 2011 [citado 8 de junio de 2022]. Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51594/9789275332498_spa.pdf
31. Servicio Canario de Salud, editor. Atención de la madre y el recién nacido/a durante el puerperio. Programa de atención a la salud afectivo-sexual y reproductiva [Internet]. Gobierno de Canarias: Servicio Canario de Salud, Dirección General de Programas Asistenciales; 2020 [citado 8 de junio de 2022]. 116 p. Disponible en: <https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/e29a0513-7286-11ea-870d-13c8969bb0c7/Purperio.pdf>
32. Gutiérrez Padilla JA, Angulo Castellanos E, García Hernández HA, García Morales E, Padilla Muñoz H, Rulfo Ibarra DP, et al. Manual de neonatología [Internet]. Segunda edición. México: Universidad de Guadalajara; 2019 [citado 8 de junio de 2022]. 386 p. Disponible en: https://www.cucs.udg.mx/sites/default/files/libros/neonatalogia_2019_con_folios.pdf
33. Zhinin Illescas VL, Tandazo Agila BM, Analuca Cajamarca ME, Zhinin Illescas VL, Tandazo Agila BM, Analuca Cajamarca ME. Estresores Parentales en una Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales de Loja, Ecuador. Rev San Gregor [Internet]. diciembre de 2020 [citado 8 de junio de 2022];(43):187-96. Disponible en: http://scielo.senescyt.gob.ec/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S2528-79072020000400187&lng=es&nrm=iso&tlng=es
34. Enciclopedia Médica A.D.A.M. [Internet]. Johns Creek (GA): Ebix, Inc., A.D.A.M.; ©1997-2020. Moldeamiento de la cabeza de un recién nacido: MedlinePlus enciclopedia médica [Internet]. Medline Plus. 2019 [citado 8 de junio de 2022]. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/002270.htm>
35. Guevara F. ¿En qué momento cambia el color de ojos de los bebés? [Internet]. Su Médico. 2021 [citado 8 de junio de 2022]. Disponible en:

<https://www.sumedico.com/soy-mama/en-que-momento-cambia-el-color-de-ojos-de-los-bebes-/338658>

36. Silva C. Recepción y reanimación del recién nacido. Medwave [Internet]. 1 de junio de 2006 [citado 8 de junio de 2022];6(05). Disponible en: <https://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/PuestaDia/APS/1983>
37. Enciclopedia Médica A.D.A.M. [Internet]. Johns Creek (GA): Ebix, Inc., A.D.A.M.; ©1997-2020. Anomalías en el pabellón auricular e implantación baja de las orejas: MedlinePlus enciclopedia médica [Internet]. Medline Plus. 2020 [citado 8 de junio de 2022]. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/003303.htm>
38. Maset J. Congestión nasal [Internet]. Cinfasalud. 2017 [citado 8 de junio de 2022]. Disponible en: <https://cinfasalud.cinfa.com/p/congestion-nasal-en-bebes/>
39. Riaño Villaquirán H. Unidad 2 Fase 3 Principales Hábitos De Higiene Oral L Hernando Riaño [Internet]. calameo.com. 2020 [citado 8 de junio de 2022]. Disponible en: <https://www.calameo.com/books/0062008288879a575b460>
40. Ventiades F. J, Tattum B. K. Patología oral del recién nacido. Rev Soc Boliv Pediatría [Internet]. abril de 2006 [citado 8 de junio de 2022];45(2):112-5. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1024-06752006000200009&lng=es&nrm=iso&tlng=es
41. Consolini DM. Exploración física del recién nacido [Internet]. Manual MSD versión para público general. 2021 [citado 8 de junio de 2022]. Disponible en: <https://www.msmanuals.com/es-pe/hogar/salud-infantil/cuidados-en-reci%C3%A9n-nacidos-y-lactantes/primeros-d%C3%ADas-despu%C3%A9s-del-nacimiento>
42. Consolini DM. Primeros días después del nacimiento - Salud infantil [Internet]. Manual MSD. 2021 [citado 8 de junio de 2022]. Disponible en: <https://www.msmanuals.com/es-pe/hogar/salud-infantil/cuidados-en-reci%C3%A9n-nacidos-y-lactantes/primeros-d%C3%ADas-despu%C3%A9s-del-nacimiento>
43. Organización Panamericana de la Salud, aiepi, aladefe. Manual Clínico para el aprendizaje deAIEPI en enfermería. (Enfermedades Prevalentes de la Infancia desde 0 hasta 4 años de edad) [Internet]. Primera edición. Washington D.C.: OPS; 2009. 257 p. (Salud del recién nacido). Disponible en: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2009/Manual-Clinico-AIEPI-enfermeria.pdf>

44. Enciclopedia Médica A.D.A.M. [Internet]. Johns Creek (GA): Ebix, Inc., A.D.A.M.; ©1997-2020. La prueba de Apgar: MedlinePlus enciclopedia médica [Internet]. Medline Plus. 2020 [citado 8 de junio de 2022]. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/003402.htm>
45. Navarro P. Clasificación del RN: facilitar el diagnóstico y prevenir complicaciones [Internet]. Camp Vygon. 2021 [citado 8 de junio de 2022]. Disponible en: <https://campusvygon.com/clasificacion-rn/>
46. Phaloprakarn. Puntaje de riesgo que comprende factores maternos y obstétricos para identificar a los bebés prematuros tardíos en riesgo de ingreso en la unidad de cuidados intensivos neonatales - - 2015 - Journal of Obstetrics and Gynecology Research - Wiley Online Library. 2015 [citado 8 de junio de 2022];41(5):680-8. Disponible en: <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jog.12610>
47. Alarcón J. Estimación de la madurez gestacional y clasificación del recién nacido por peso de nacimiento [Internet]. [citado 8 de junio de 2022]. Disponible en: <http://www.manuellosses.cl/BNN/gpc/EgEnRN.pdf>
48. Buzzio Y, Pacora P, Ingar W, Santivañez Á. El índice ponderal neonatal de fetos sanos en una población de Lima. An Fac Med [Internet]. junio de 2005 [citado 8 de junio de 2022];66(2):113-8. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1025-55832005000200005&lng=es&nrm=iso&tlng=es
49. Cabrera JC. Manual Obstetricia y Ginecología [Internet]. Novena edición. Chile: Universidad Católica de Chile. Facultad de Medicina; 2018. 638 p. Disponible en: <https://medicina.uc.cl/wp-content/uploads/2018/08/Manual-Obstetricia-y-Ginecologi%CC%81a-2018.pdf>
50. Definición de embarazo a término. de: ACOG, The American College of Obstetricians and Gynecologists. The American Society for Reproductive Medicine (ASRM). Committee Opinion 579, november 2013. Disponible en: Rev Obstet Ginecol Venezuela [Internet]. diciembre de 2013 [citado 9 de junio de 2022];73(4):285-6. Disponible en: http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0048-77322013000400010&lng=es&nrm=iso&tlng=es
51. CDC. Información básica sobre defectos de nacimiento | CDC [Internet]. Centers for Disease Control and Prevention. 2016 [citado 9 de junio de 2022]. Disponible en: <https://www.cdc.gov/ncbddd/spanish/birthdefects/facts.html>
52. Gavin M. Cuando su bebé está en la unidad de cuidados intensivos neonatales (UCIN) (para Padres) - Cook Children's [Internet]. CookChildren. 2019 [citado 9 de junio de 2022]. Disponible en: <https://kidshealth.org/CookChildrens/es/parents/nicu-caring.html>

53. Ballesté López I, Álvarez Vega AR, Campo González A, Díaz Aguilar R, Amador Morán R. Factores de riesgo para complicaciones del recién nacido grande para su edad gestacional. *Investig Educ En Enferm* [Internet]. 2012 [citado 9 de junio de 2022];30(1). Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-53072012000100011
54. Organización Mundial de la Salud. Mejorar la supervivencia y el bienestar de los recién nacidos [Internet]. OMS. 2020 [citado 9 de junio de 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/newborns-reducing-mortality>
55. Organización Mundial de la Salud. Según un informe de las Naciones Unidas, las cifras de supervivencia materno-infantil son más elevadas que nunca [Internet]. OMS. 2019 [citado 9 de junio de 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news/item/19-09-2019-more-women-and-children-survive-today-than-ever-before-un-report>
56. Vaffigo V. EsSalud: Tamizaje a neonatos puede detectar a tiempo enfermedades congénitas | EsSalud [Internet]. Essalud- Perú. 2015 [citado 9 de junio de 2022]. Disponible en: <http://www.essalud.gob.pe/essalud-tamizaje-a-neonatos-puede-detectar-a-tiempo-enfermedades-congenitas/>
57. Castellanos EA, Morales EG. PAC® Neonatología-4 / Libro 4 /Alimentación en el recién nacido. Edición revisada y actualizada [Internet]. México: Intersistema S,A, de CV; 2016. 40 p. Disponible en: https://www.anmm.org.mx/publicaciones/PAC/PAC_Neonato_4_L4_edited.pdf
58. Química.es. Neonato [Internet]. ímica. es. [citado 9 de junio de 2022]. Disponible en: <https://www.quimica.es/enciclopedia/Neonato.html>
59. El Diario Sociedad E. Adolescencia y el desarrollo biológico, psicológico y social [Internet]. www.eldiario.net. 2017 [citado 9 de junio de 2022]. Disponible en: http://www.eldiario.net/noticias/2017/2017_03/nt170321/sociedad.php?n=21&
60. Comité Editor Salus, editor. Adolescencia: ¿Hasta cuando se es adolescente? *Salus* [Internet]. agosto de 2011 [citado 9 de junio de 2022];15(2):5-5. Disponible en: http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1316-71382011000200002&lng=es&nrm=iso&tlng=es
61. Guzman L. La adolescencia principales características [Internet]. *Lecturas de reflexión* presentado en: Dirección General Portal Informativo; 2017 [citado 9 de junio de 2022]. Disponible en:

<https://www.cch.unam.mx/padres/sites/www.cch.unam.mx.padres/files/archivos/07-Adolescencia2.pdf>

62. Injuve.es. Los Adolescentes como personas. En: Los adolescentes en la planificación de medios Segmentación y conocimiento del target [Internet]. [citado 9 de junio de 2022]. (Premio par tesis doctorales 2007). Disponible en: <http://www.injuve.es/sites/default/files/2%20-%20los%20adolescentes%20como%20personas.pdf>
63. Organización Panamericana de la Salud. Manual de medicina de la adolescencia [Internet]. Primera edición. Silber T, Munist M, Maddaleno M, Suarez E, editores. Washington: OMS/OPS; 1992 [citado 9 de junio de 2022]. 654 p. (Serie PALTEX para Ejecutores de Programas de Salud). Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/3124>
64. Lillo Espinosa JL. Crecimiento y comportamiento en la adolescencia. Rev Asoc Esp Neuropsiquiatría [Internet]. junio de 2004 [citado 9 de junio de 2022];(90):57-71. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0211-57352004000200005&lng=es&nrm=iso&tlng=es
65. Puerta AR. Cambios sociales en la adolescencia [Internet]. Lifeder. 2020 [citado 9 de junio de 2022]. Disponible en: <https://www.lifeder.com/cambios-sociales-adolescencia/>
66. Gaete V. Desarrollo psicosocial del adolescente. Rev Chil Pediatría [Internet]. diciembre de 2015 [citado 9 de junio de 2022];86(6):436-43. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0370-41062015000600010&lng=es&nrm=iso&tlng=es
67. Ives LSE. La identidad del Adolescente. Como se construye. Mesa redonda de salud Mental. Adolescere [Internet]. 2014;2(2):5. Disponible en: <https://cdn.adolescenciasema.org/usuario/documentos/02-01%20Mesa%20debate%20-%20Eddy.pdf>
68. Plaza M del S, Daura FT, Urrutia (Coordinadora) MCSA (Directores) y MS. La neurociencia y la toma de decisiones en el adolescente [Internet]. 2017 [citado 9 de junio de 2022]. (Las neurociencias y su impacto en la educacion). Disponible en: <https://www.teseopress.com/neurociencias/chapter/140/>
69. Mas MJ. La adolescencia del cerebro [Internet]. neuronas en crecimiento. 2016 [citado 9 de junio de 2022]. Disponible en: <https://neuropediatra.org/2016/03/14/la-adolescencia-del-cerebro/>
70. Healthy Children. ¿Qué pasa en el cerebro de un adolescente? [Internet]. HealthyChildren.org. 2019 [citado 9 de junio de 2022]. Disponible en:

<https://www.healthychildren.org/Spanish/ages-stages/teen/Paginas/Whats-Going-On-in-the-Teenage-Brain.aspx>

71. Couñago A. El desarrollo de la moral en los adolescentes [Internet]. Eres Mamá. 2019 [citado 9 de junio de 2022]. Disponible en: <https://eresmama.com/desarrollo-moral-adolescentes/>
72. Juventud IC de IJS de. Cambios en la pubertad y adolescencia [Internet]. Informajoven. 2022 [citado 9 de junio de 2022]. Disponible en: <https://www.informajoven.org>
73. Organización Mundial de la Salud. Salud del adolescente [Internet]. Organización Mundial de la Salud. 2021 [citado 9 de junio de 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/es/health-topics/adolescent-health>
74. Unicef - Uruguay. ¿Qué es la adolescencia? [Internet]. Unicef. 2020 [citado 9 de junio de 2022]. Disponible en: <https://www.unicef.org/uruguay/que-es-la-adolescencia>
75. Secretaría de Salud de Mexico. ¿Qué es la adolescencia? [Internet]. gob.mx. 2015 [citado 9 de junio de 2022]. Disponible en: <http://www.gob.mx/salud/articulos/que-es-la-adolescencia>
76. Organización Mundial de la Salud. Salud del adolescente y el joven adulto [Internet]. Organización Mundial de la Salud. 2021 [citado 9 de junio de 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescents-health-risks-and-solutions>
77. Rosabal García E, Romero Muñoz N, Gaquín Ramírez K, Hernández Mérida RA. Conductas de riesgo en los adolescentes. Rev Cuba Med Mil [Internet]. junio de 2015 [citado 9 de junio de 2022];44(2):218-29. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0138-65572015000200010&lng=es&nrm=iso&tlng=es
78. Enciclopedia Médica A.D.A.M. [Internet]. Johns Creek (GA): Ebix, Inc., A.D.A.M.; ©1997-2020. Desarrollo del adolescente: MedlinePlus enciclopedia médica [Internet]. Medline Plus. 2020 [citado 9 de junio de 2022]. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/002003.htm>
79. Allen B, Waterman H. Etapas de la adolescencia [Internet]. HealthyChildren.org. 2019 [citado 9 de junio de 2022]. Disponible en: <https://www.healthychildren.org/Spanish/ages-stages/teen/Paginas/Stages-of-Adolescence.aspx>
80. Saad E, Belfort E, Camarena E, Chamorro R, Martínez JC. Salud Mental Infanto-juvenil Prioridad de la Humanidad [Internet]. Primera edición.

CODAJIC: Ediciones científica APAL; [citado 9 de junio de 2022]. Disponible en: <http://www.codajic.org/sites/default/files/sites/www.codajic.org/files/Salud%20Mental%20Infanto-juvenil%20Prioridad%20de%20la%20Humanidad.pdf>

81. Guerrero L. Hospital Universitario Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia | HUMNSA - Embarazo adolescente: riesgos y consecuencias [Internet]. Hospital Maternidad Nuestra Señora de la Alta Gracia. 2018 [citado 9 de junio de 2022]. Disponible en: <https://humnsa.gob.do/index.php/articulos/item/370-embarazo-adolescente-riesgos-y-consecuencias>
82. Organización Mundial de la Salud. Adolescent pregnancy [Internet]. OMS. 2020 [citado 9 de junio de 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy>
83. Caraballo Folgado A. Embarazo adolescente: riesgos y consecuencias [Internet]. Guiainfantil.com. 20521 [citado 8 de junio de 2022]. Disponible en: <https://www.guiainfantil.com/articulos/embarazo/embarazo-adolescente-riesgos-y-consecuencias/>
84. Perú. Consecuencias del embarazo en adolescentes: #CreemosEnLasNiñas y queremos un mejor futuro para ellas [Internet]. Plan Internacional. 2021 [citado 8 de junio de 2022]. Disponible en: <https://www.planinternational.org.pe/blog/consecuencias-del-embarazo-en-adolescentes-creemosenlasninas-y-queremos-un-mejor-futuro-para-ellas>
85. Healthline. Embarazo precoz: riesgos, consecuencias y causas [Internet]. Clínica Internacional. 2018 [citado 8 de junio de 2022]. Disponible en: <https://www.clinicainternacional.com.pe/blog/riesgos-consecuencias-embarazo-precoz/>
86. Heredia Burbano VE, Bedoya-Gutiérrez AC, Heredia-Yáñez MV, Macías-Mero TA. El embarazo en la adolescencia, causas y consecuencias desde el ámbito psicológico. Polo Conoc [Internet]. 15 de noviembre de 2017 [citado 8 de junio de 2022];2(11):189. Disponible en: <https://polodelconocimiento.com/ojs/index.php/es/article/view/402>
87. Dominguez López JE. Embarazo Adolescente causas y Consecuencias. Subproyecto de prevención de riesgos. [Internet]. Veracruz; 2018 [citado 8 de junio de 2022]. Disponible en: <http://www.cobaev.edu.mx/Dies1/archivos/CuadernilloEmbarazoAdolescente.pdf>
88. Stavis RL. Recién nacidos prematuros - Pediatría [Internet]. Manual MSD versión para profesionales. 2019 [citado 9 de junio de 2022]. Disponible en:

<https://www.msmanuals.com/es-pe/professional/pediatr%C3%ADa/problemas-perinatales/reci%C3%A9n-nacidos-prematuros>

89. Ministerio de Salud del Uruguay. Manual de recomendaciones en el embarazo y el parto prematuro - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud [Internet]. Uruguay; 2019 [citado 9 de junio de 2022]. 73 p. (NML). Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/manual-recomendaciones-embarazo-parto-prematuro>
90. Huertas Tacchino E. Parto pretérmino: causas y medidas de prevención. Rev Peru Ginecol Obstet [Internet]. julio de 2018 [citado 9 de junio de 2022];64(3):399-404. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S2304-51322018000300013&lng=es&nrm=iso&tIng=es
91. Velandia ACH, Rueda LPC, Hernández LJC. rasgos que inciden en el embarazo adolescente en Colombia Una revisión sistemática. Univ Bucaramanga. 2013;72.
92. Salvo. Control Prenatal de la Adolescente Embarazada [Internet]. SAGIJ. 2022 [citado 9 de junio de 2022]. Disponible en: <http://www.sagij.org.ar/index.php/salud/vacunas/105-comunidad/vacunas/559-control-prenatal-de-la-adolescente-embarazada>
93. WATERWIPES. Tipos de parto I WaterWipes AL [Internet]. 2021 [citado 9 de junio de 2022]. Disponible en: <https://www.waterwipes.com/latin/es/comunidad/embarazo/tipos-parto-cinco>
94. Organización Mundial de la Salud. Recomendaciones de la OMS Para los cuidados durante el parto, para una experiencia de parto positiva Transformar la atención a mujeres y neonatos para mejorar su salud y bienestar [Internet]. OMS. 2018 [citado 9 de junio de 2022]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272435/WHO-RHR-18.12-spa.pdf>
95. NORMA-TECNICA-PARA-LA-ATENCION-INTEGRAL-EN-EL-PUERPERIO_web.-08.10.2015-R.pdf [Internet]. [citado 9 de junio de 2022]. Disponible en: https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2015/10/NORMA-TECNICA-PARA-LA-ATENCION-INTEGRAL-EN-EL-PUERPERIO_web.-08.10.2015-R.pdf
96. Mitchell C, <https://www.facebook.com/pahowho>. OPS/OMS | La cesárea solo debería realizarse cuando es médicamente necesaria [Internet]. Pan American Health Organization / World Health Organization. 2015 [citado 9 de junio de 2022]. Disponible en: https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id

=10646:2015-la-cesarea-solo-deberia-realizarse-cuando-es-medicamente-necesaria&Itemid=1926&lang=es

97. Pajares B. El uso de medicamentos durante el embarazo [Internet]. inatal - El embarazo semana a semana. 2022 [citado 10 de junio de 2022]. Disponible en: <https://inatal.org/el-embarazo/consultas/medicamentos-radiografias-y-otras-exposiciones/105-el-uso-de-medicamentos-durante-el-embarazo.html>
98. Sandoval Paredes J, Sandoval Paz C. Uso de fármacos durante el embarazo. Horiz Méd Lima [Internet]. abril de 2018 [citado 10 de junio de 2022];18(2):71-9. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1727-558X2018000200011&lng=es&nrm=iso&tlng=es
99. Gunatilake R, Patil A. Consumo de medicamentos u otras drogas durante el embarazo - Salud femenina [Internet]. Manual MSD. 2021 [citado 10 de junio de 2022]. Disponible en: <https://www.msdmanuals.com/es-pe/hogar/salud-femenina/consumo-de-medicamentos-u-otras-drogas-durante-el-embarazo/consumo-de-medicamentos-u-otras-drogas-durante-el-embarazo>
100. Organización Mundial de la Salud. La OMS señala que las embarazadas deben poder tener acceso a una atención adecuada en el momento adecuado [Internet]. OMS. 2016 [citado 10 de junio de 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news/item/07-11-2016-pregnant-women-must-be-able-to-access-the-right-care-at-the-right-time-says-who>
101. Enciclopedia Médica A.D.A.M. [Internet]. Johns Creek (GA): Ebix, Inc., A.D.A.M.; ©1997-2020. Cuidados durante el embarazo: MedlinePlus enciclopedia médica [Internet]. Medline Plus. 2020 [citado 10 de junio de 2022]. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/007214.htm>
102. MedlinePlus en español [Internet]. Bethesda (MD): Biblioteca Nacional de Medicina (EE. UU.) [actualizado 27 ago. 2019]. Problemas de salud durante el embarazo [Internet]. Medline Plus. National Library of Medicine; 2019 [citado 10 de junio de 2022]. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/healthproblemsinpregnancy.html>
103. Bendezú G, Espinoza D, Bendezú-Quispe G, Torres-Román JS, Huamán-Gutiérrez RM. Características y riesgos de gestantes adolescentes. Rev Peru Ginecol Obstet [Internet]. enero de 2016 [citado 8 de junio de 2022];62(1):13-8. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S2304-51322016000100002&lng=es&nrm=iso&tlng=es
104. Beltrán Sánchez AT, Sánchez Flórez MA. Revisión narrativa de la literatura a nivel de latinoamérica del embarazo en adolescentes en el periodo entre 2010-

2015 [Internet] [Tesis]. [Bucaramanga]: universidad de Santander UDES; 2017. Disponible en: <https://repositorio.udes.edu.co/bitstream/001/85/1/Revisi%C3%B3n%20narrativa%20de%20la%20literatura%20a%20nivel%20de%20Latinoam%C3%A9rica%20del%20embarazo%20en%20adolescentes%20en%20el%20periodo%20entre%202010-2015.pdf>

105. Figueroa Oliva DA, Negrin Garcia VA, Garcell Fernández ET, Figueroa Oliva DA, Negrin Garcia VA, Garcell Fernández ET. Riesgos y complicaciones asociados al embarazo en la adolescencia. Rev Cienc Médicas Pinar Río [Internet]. octubre de 2021 [citado 8 de junio de 2022];25(5). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1561-31942021000500025&lng=es&nrm=iso&tlng=es
106. Mora-Cancino M, Hernández-Valencia M. Embarazo en la adolescencia. Ginecol Obstet México [Internet]. 2015 [citado 8 de junio de 2022];83:294-301. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2015/gom155e.pdf>
107. Centro de Investigación y Desarrollo del Instituto Nacional de estadística e Informática (INEI). Consecuencias socio-económicas de la maternidad adolescente: ¿Constituye un obstáculo para la formación de capital humano y el acceso a mejores empleos? [Internet]. Primera edición. Lima, Perú: INEI, Lima Perú.; 2006 [citado 8 de junio de 2022]. 115 p. Disponible en: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib0686/Libro.pdf

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

N° _____

Historia clínica: _____

Edad madre adolescente: _____ años

1. Adolescente temprana
2. Adolescente Tardía

Control prenatal

1. Controlada
2. No controlada

N° de controles: _____

Presentación del feto

1. Cefálico
2. Podálico
3. Transverso

Tipo de parto

1. Parto vaginal
2. cesárea

Inducción de trabajo de parto

3. si
4. no

N° de días: _____

Procedencia

1. Rural
2. Urbana

Ganancia adecuada de peso de la madre

1. Si
2. No

Anemia en la madre

1. Si
2. No

Trabajo de parto

1. Trabajo de parto controlado en servicio
2. Parto de emergencia (llega en perdió expulsivo)

Sexo recién nacido

1. Femenino
2. Masculino

Edad gestacional

1. Pretérmino
2. A Término
3. Post Término

Edad en semanas: _____

Peso de nacimiento: _____

(Se registrará como variable continua el peso del recién nacido)

Peso/edad gestacional

1. PEG (Pequeño para edad gestacional)
2. AEG (Adecuado para edad gestacional)
3. GEG (Grande para edad gestacional)

Apgar al minuto de nacer

1. 0-3
2. 4-6
3. 7-10

Apgar a los 5 minutos de nacer

1. 0-3
2. 4-6
3. 7-10

Complicaciones del recién nacido

1. Sufrimiento fetal agudo
2. Asfixia severa
3. Líquido meconial verde
4. Apnea al nacer
5. Hipoglicemia
6. Enf. Membrana Hialina
7. Bronconeumonía
8. Distres transitorio
9. Taquípnea transitoria
10. Trauma obstétrico
11. Sepsis
12. Hiperbilirrubinemia
13. Malformaciones

14. Otro

Evolución

1. Sano (sala común)
2. Servicio de neonatología patológica
3. UCIN

Evolución de egreso

1. Alta sano
2. Alta mejorado
3. Fallecido

Observaciones: _____

