



ESCUELA SUPERIOR POLITÉCNICA DE CHIMBORAZO

**Factores de riesgo de madres adolescentes y su relación en el estado
nutricional de neonatos atendidos en el Hospital Vicente Corral
Moscoso, Cuenca 2021**

NATALIA PAULINA ESCANDON CALLE

Trabajo de Titulación modalidad: Proyectos de Investigación y Desarrollo,
presentado ante el Instituto de Postgrado y Educación Continua de la ESPOCH,
como requisito parcial para la obtención del grado de

MAGÍSTER EN NUTRICIÓN INFANTIL

RIOBAMBA – ECUADOR

NOVIEMBRE 2022

©2022, Natalia Paulina Escandón Calle

Se autoriza la reproducción total o parcial, con fines académicos, por cualquier medio o procedimiento, incluyendo la cita bibliográfica del documento, siempre y cuando se reconozca el Derecho de Autor.

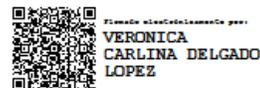


ESCUELA SUPERIOR POLITÉCNICA DE CHIMBORAZO

EL TRIBUNAL DE TRABAJO DE TITULACIÓN CERTIFICA QUE:

El **Trabajo de Titulación modalidad Proyectos de Investigación y Desarrollo**, titulado **Factores de riesgo de madres adolescentes y su relación en el estado nutricional de neonatos atendidos en el Hospital Vicente Corral Moscoso, Cuenca 2021**, de responsabilidad de la señora médica Natalia Paulina Escandón Calle ha sido prolijamente revisado y se autoriza su presentación.

N.D. Mag. Verónica Carlina Delgado López
PRESIDENTE



Firma

N.D. Mag. Catherine Alexandra Andrade Trujillo
DIRECTOR



Firma

N.D. Mag. Mariana Jesús Guallo Paca
MIEMBRO



Firma

N.D. Mag. Diego Sebastián Solorzano Gaibor
MIEMBRO



Firma

Riobamba, noviembre 2022

DERECHOS INTELECTUALES

Yo, Natalia Paulina Escandón Calle soy responsable de las ideas, doctrinas y resultados expuestos en este Trabajo de Titulación y el patrimonio intelectual del mismo pertenece a la Escuela Superior Politécnica de Chimborazo.



Firmado electrónicamente por:
**NATALIA PAULINA
ESCANDON CALLE**

NATALIA PAULINA ESCANDON CALLE

No. Cedula: 0104437603

DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD

Yo, NATALIA PAULINA ESCANDON CALLE declaro que el presente trabajo de titulación es de mi autoría y que los resultados de este son auténticos. Los textos en el documento que provienen de otras fuentes están debidamente citados y referenciados.

Como autora asumo la responsabilidad legal y académica de los contenidos de este trabajo de titulación.



Firmado electrónicamente por:
**NATALIA PAULINA
ESCANDON CALLE**

NATALIA PAULINA ESCANDON CALLE

No. Cedula: 0104437603

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a mi Tutora Nutricionista Magister, Catherine Alexandra Andrade Trujillo por la dirección de este trabajo, así como también a los miembros Nd: Mariana Jesús Guallo Paca, ND. Diego Sebastián Solorzano Gaïbor, por brindarme sus conocimientos en todo el proceso de elaboración de esta investigación. De manera especial quiero agradecer a mi esposo **Alex y mis hijos Emilio y Julián** quienes me han acompañado durante estos años de estudio de forma incondicional, así como también a mis padres **Luz y Francisco** que han motivado e impulsado permanentemente mi formación académica.

Paulina

TABLA DE CONTENIDO

RESUMEN	xii
ABSTRACT	xii
CAPÍTULO I	1
1. INTRODUCCIÓN.....	1
1.1 Planteamiento del problema de investigación	3
1.2 Justificación de la investigación	4
1.3 Objetivos.....	5
1.4 Hipótesis.....	6
CAPÍTULO II	7
2. MARCO DE REFERENCIA.....	7
2.1. Antecedentes.....	7
2.2. Marco Conceptual	9
2.3. Factores sociodemográficos	11
2.4. Factores gestacionales	12
CAPÍTULO III	17
3 METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	17
3.1 Tipo y diseño de Investigación.....	17
3.2 Método de la investigación.....	17
3.3 Enfoque de la investigación.....	17
3.4 Alcance de la Investigación.....	17
3.5 Población de estudio.....	18
3.6 Selección de la muestra	18
3.7 Unidad de Análisis.....	19
3.8 Recolección y análisis de la información	19
3.9 Criterios de inclusión y exclusión:	19
3.10 Sistema de muestreo y asignación:	19
3.11 Descripción de procedimientos.....	20

3.12 Aspectos éticos	21
3.13 Organización de variables.....	21
CAPÍTULO IV	25
4 RESULTADOS Y DISCUSIÓN	25
4.1 Características sociodemográficas.....	25
4.2 Características Obstétricas.....	26
4.3 Características del recién nacido	27
4.4 Características demográficas y estado nutricional del recién nacido.....	28
4.5 Características neonatales y estado nutricional del recién nacido	30
4.6 Características obstétricas y estado nutricional del recién nacido de acuerdo a la edad materna	31
4.7 Características demográficas y estado nutricional del recién nacido de acuerdo a la edad materna	33
DISCUSIÓN	35
CAPÍTULO V.....	38
PROPUESTA.....	38
GUIA PARA ADOLESCENTES EMBARAZADAS	
CONCLUSIONES	39
RECOMENDACIONES	41
GLOSARIO	
BIBLIOGRAFÍA	

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1- 3. Variable dependiente	23
Tabla 2- 3. Variables independientes:	24
Tabla 3- 4. Distribución por Edad Materna, Hospital Vicente Corral.....	25
Tabla 4- 4. Características sociodemográficas, Hospital Vicente Corral Moscoso. Año 2021	25
Tabla 5- 4. Características obstétricas, Hospital Vicente Corral Moscoso. Año 2021	26
Tabla 6- 4. Distribución por edad gestacional, peso, perímetro cefálico y APGAR, Hospital Vicente Corral Moscoso. Año 2021	27
Tabla 7- 4. Características neonatales, Hospital Vicente Corral Moscoso. Año 2021	27
Tabla 8- 4. Características demográficas maternas y estado nutricional del neonato, Hospital Vicente Corral Moscoso. Año 2021	28
Tabla 9- 4. Características obstétricas y estado nutricional del neonato, Hospital Vicente Corral Moscoso. Año 2021	29
Tabla 10- 4. Características del recién nacido y estado nutricional del neonato, Hospital Vicente Corral Moscoso. Año 2021	30
Tabla 11- 4. Características obstétricas y estado nutricional del neonato en la maternas de 10 a 14 años, Hospital Vicente Corral Moscoso. Año 2021	31
Tabla 12- 4. Características obstétricas y estado nutricional del neonato en la maternas de 15 a 19 años, Hospital Vicente Corral Moscoso. Año 2021	32
Tabla 13- 4. Características demográficas maternas y estado nutricional del neonato en la maternas de 10 a 14 años, Hospital Vicente Corral Moscoso. Año 2021.....	33
Tabla 14- 4. Características demográficas maternas y estado nutricional del neonato en la maternas de 15 a 19 años, Hospital Vicente Corral Moscoso. Año 2021.....	34

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1-3 Flujograma de participantes.....	19
---	----

RESUMEN

El objetivo de la investigación fue analizar la relación entre los factores de riesgo de madres adolescentes y su relación en el estado nutricional en neonatos, atendidos en el Hospital Vicente Corral Moscoso en el año 2021. Se realizó un estudio descriptivo, transversal, retrospectivo de correlación, donde participaron 282 neonatos hijos de madres adolescentes que cumplieron con los criterios de inclusión. Los principales resultados indican que del total de neonatos estudiados, un 20.6% presentó peso menor a 2500 gramos considerando bajo peso al nacer; Al relacionar las características sociodemográficas como la edad materna entre 10 y 14 años, el no tener una pareja estable aumenta la probabilidad de niños con bajo peso al nacer. Con características obstétricas, se determinó que un número no óptimo de controles e infecciones maternas en el embarazo determinó asociación estadísticamente significativa (valor de $p < 0.05$). La prematuridad se encontró como un factor de riesgo para que un neonato tenga bajo peso al nacer (RP 8.74; IC 95% 5,93 – 12,88) siendo el principal factor en el presente estudio. Se concluye que si existe relación entre los factores de riesgo de madres adolescentes gestantes y el estado nutricional del neonato. Por lo tanto, se recomienda identificar de manera oportuna a esta población vulnerable y en riesgo para determinar a tiempo factores que repercuten en el estado nutricional neonatal e intervenir en los mismos y de esta manera mejorar la salud materna y garantizar un mejor futuro neonatal.

Palabras clave: <NUTRICIÓN>, <BAJO PESO AL NACER> < ESTADO NUTRICIONAL> <FACTORES DE RIESGO> < NEONATO > < MADRE ADOLESCENTE>



firmado electrónicamente por:
LUIS ALBERTO
CAMINOS
VARGAS



28-10-2022

0156-DBRA-UPT-IPEC-2022

ABSTRACT

The objective of this research was to analyze the relationship between the risk factors of adolescent mothers and their relationship with the nutritional status of neonates attended at the Vicente Corral Moscoso Hospital in 2021. A descriptive, cross-sectional, retrospective correlation study was made with the participation of 282 neonates, siblings of adolescent mothers who met the inclusion criteria. The main results indicate that of the total number of neonates studied, 20.6% had a birth weight of less than 2500 grams considering low birth weight; when relating sociodemographic characteristics such as maternal age between 10 and 14 years, not having a stable partner increases the probability of children with low birth weight. With obstetric characteristics, it was determined that a non-optimal number of controls and maternal infections in pregnancy determined statistically significant association (p value < 0.05). Prematurity was found as a risk factor for a neonate to have low birth weight (PR 8.74; 95% CI 5.93 - 12.88) being the main factor in the present study. It is concluded that there is a relationship between the risk factors of pregnant adolescent mothers and the nutritional status of the newborn. Therefore, it is recommended to identify in a timely manner this vulnerable and at-risk population in order to determine in time the factors that affect the neonatal nutritional status and intervene in them, thus improving maternal health and guaranteeing a better neonatal future.

Key words: <NUTRITION>, <LOW WEIGHT AT BIRTH> <NUTRITION STATUS
NUTRITIONAL STATUS> <RISK FACTORS> <NEONATE> <MOTHER
ADOLESCENT>

CAPÍTULO I

1. INTRODUCCIÓN

La Organización de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) define estado nutricional como el “estado de crecimiento o el nivel de micronutrientes de un individuo” (OMS, 2017). A su vez, la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO), concreta que es el “resultado del balance entre las necesidades y la ingesta de energía y nutrientes”(UNICEF, 2014; Unicef, 2020). La OMS define como la condición corporal de la persona que resulta de un balance entre los alimentos que se consumen y la manera cómo el organismo los utiliza. Si las demandas metabólicas están equilibradas con los gastos energéticos, la valoración nutricional será normal, si existe un desequilibrio nutricional sea por exceso o por déficit la valoración se verá alterada, el objetivo de conocer el estado nutricional de un individuo en este estudio de un neonato es poder discernir entre salud y enfermedad y de esta dependerá su crecimiento y desarrollo futuro (Martínez, 2014.)

La adolescencia es una etapa caracterizada por grandes cambios físicos, biológicos, psicológicos emocionales y sociales, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), se entiende por adolescencia “etapa que transcurre entre los 10 y 19 años” (Cordero Xavier, 2018). El embarazo en la adolescencia es un problema de salud pública a nivel mundial ya que trae consecuencias a la madre como al hijo,(Sarmiento et al., 2020) La tasa de fecundidad en Ecuador de madres adolescentes según el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC) en el año 2020 se registraron 1.631 nacidos vivos hijos de niñas de 10 a 14 años de edad y se registraron 43.260 nacidos vivos hijos de madres adolescentes de 15 a 19 años corresponde a una tasa de 54.6% nacidos por cada 1000 adolescentes de ese rango. Un porcentaje de 8.5% de bajo peso al nacer (INEC, 2020b) evidenciándose como un problema de salud pública.

La adolescencia es una etapa de transición entre la niñez y la edad adulta donde las personas se vuelven vulnerables al embarazo no deseado. En muy pocos casos los embarazos adolescentes son deseado (OMS OPS, 2018). Se sabe que en este periodo aún no ha cesado su crecimiento por lo que incrementa el riesgo de déficit energético y esto conlleva a un inadecuado desarrollo y crecimiento fetal (Restrepo-Mesa et al., 2014).

(Alonso Uría et al., 2018) se refiere que, las madres adolescentes finalizan su crecimiento hasta 5 años después de la menarquia, si ocurre la gestación durante este periodo, existe una sobrecarga nutricional, lo cual explica que aproximadamente el 10% de los neonatos de madres entre 15 y 19 años puedan tener bajo peso al nacer, además aparte existen más factores que influyen como la parte cultural, social, económica, , embarazos no esperado, madres sin pareja, bajo nivel de educación, falta de controles prenatales y entre otros son factores que se encuentran en gran parte de las adolescentes

El bajo peso al nacer establece una preocupación mundial, siendo más frecuente en países subdesarrollados. Se ha determinado en varias investigaciones que el peso al nacimiento es el determinante más influyente en un recién nacido de experimentar un crecimiento y desarrollo satisfactorios, actualmente la tasa de neonatos con bajo peso se considera como indicador general de salud. Su importancia radica no sólo en sus efectos sobre la morbilidad y mortalidad infantil, sino que estos niños suelen tener problemas más adelante en la vida, la infancia e incluso en la edad adulta. Los neonatos que nacen con un peso inferior a 2.500 gramos tienen 14 veces más probabilidades de morir en el primer año de vida que los niños nacidos a término con un peso normal (Alvear.c, 2018).

En una investigación realizada en 11 instituciones en el que se evaluaron 3.364 niñas adolescentes de 54.497 nacimientos, encontraron que el 27,5% de las mujeres jóvenes tenían menos de 6 visitas de atención prenatal., existe relación inversamente proporcional entre los controles prenatales y la morbimortalidad materna y/o perinatal. (Dorta et al., 2004)

En otro estudio menciono que un neonato con bajo peso al nacimiento, tiene mayor probabilidad de desnutrición, retardo en el desarrollo psicomotor, afectivo y de mortalidad en la infancia. Además, el bajo peso se acompaña con alteraciones en la formación de las estructuras corporales, mayor probabilidad de presentar problemas metabólicos, como la obesidad y enfermedad cardiovascular en la edad adulta. (Alvear.C, 2018; Dorta et al., 2004; Restrepo-Mesa et al., 2014)

Sin embargo en Ecuador la alta tasa de fecundidad de madres adolescentes genera incertidumbre, debido al déficit de atención e intervención en este grupo de población, la intención de esta investigación es identificar las características sociodemográficas en el que se presenta su embarazo,

identificar el estado nutricional de la madre y si presenta factores de riesgo y ver si se asocia al estado nutricional del neonato; y de esta manera implementar tácticas para mejorar la atención de salud y nutricional para este grupo y contribuir reduciendo así las consecuencias graves del embarazo adolescente. De forma que se convierta en un grupo poblacional de interés social y que intervenga en la problemática neonatal, la siguiente investigación, identificó los factores de riesgo sociodemográficos y gestacionales de madres adolescentes asociados al estado nutricional de sus recién nacidos. (Alvear.C, 2018; Rojas, 2019)

1.1 Planteamiento del problema de investigación

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha determinado que el bajo peso al nacer es un problema mundial. El peso al nacer de los bebés varía de un país a otro, incluso en diferentes partes del país influenciado por el nivel socioeconómico de cada región. (OMS OPS, 2018)¹²

Según la Organización Panamericana de Salud (OPS) el bajo peso al nacer en el año 2014 causó el 6,2% de muertes infantiles en Ecuador. A pesar de que se redujo la mortalidad infantil en relación a los 4 años previos de 15,4 a 8,5 muertes por cada 1.000 nacidos vivos, sigue siendo de vital importancia para el estado ecuatoriano La OMS ha establecido que el bajo peso en el neonato es un problema sobre todo en países en vías de desarrollo, se ha evidenciado que a nivel mundial el 15% de neonatos tienen inadecuado peso al nacer, en Asia meridional el 28% de neonatos tuvieron peso menor a 2500g, en África occidental y central el 11 % de recién nacidos tienen bajo peso, en Latinoamérica y el Caribe el porcentaje de bajo peso fue de 9%, una de las metas de la OMS es reducir el 30% los casos de bajo peso al nacer. (Campero Ariana, n.d.; Rojas, 2019; WHO/NMH/NHD, 2017) En Ecuador, tanto el bajo peso del recién nacido como sus factores influyentes han sido objeto de investigación. El bajo peso al nacer tiene un origen multifactorial, la Asociación Española de Pediatría (AEP) plantea que el déficit nutricional del neonato es una acción adaptativa por las condiciones no favorables para el crecimiento neonatal en el embarazo, priorizándose el desarrollo cerebral con descuido de otros tejidos y órganos como el hígado, el aparato locomotor y tejidos adiposos, los cuales dejan de crecer por una resistencia hormonal en el eje somato tropo y al factor de crecimiento insulínico -1 (Rojas, 2019) (Paisán Grisolí et al., 2008).

Además, según la UNICEF y la OMS se evidencia más del 96% de los casos de bajo peso al nacer suceden en países en vías de desarrollo, lo que manifiesta que es más probable que esta situación se presente en condiciones socioeconómicas de pobreza.(UNICEF, n.d.; Unicef, 2020)

En Perú Medrano y cols, nos demuestran que las madres que poseen una talla y peso materno menor que el normal, produce un condicionamiento o predisposición para que sus recién nacidos tengan peso, talla y perímetro cefálico menor a los recién nacidos de madres con peso normal. En Colombia, en un hospital de alta complejidad determino que vivir en área rural, nuliparidad y el apoyo social no adecuado, durante la gestación son factores que tienen mayor relación con el bajo peso al nacer.(Peña Américo, 2011; Peraza Roque et al., 2001)

Los recién nacidos cuyas madres presentaban anemia en el periodo de gestación tenían una disminución de 420g en relación a los neonatos que tenían una madre sin esta patología de base. Con esto concluye que la anemia puede influenciar en el peso del recién nacido, sobre todo dependiendo del grado de severidad de la misma. (Castro-Delgado et al., 2016; Mendoza T et al., 2012)

En Colombia Rendón compara la antropometría, condición de nacimiento y morbimortalidad de los hijos de madres adolescentes; dando como resultado que de las madres adolescentes el 30,9% de los hijos fueron prematuros, bajo peso y presentaron patologías cardíacas, infecciones bacterianas, sífilis congénita, labio y paladar hendido, además mayor mortalidad, cuando se compararon con hijos de madres adultas ($p < 0,05$). (Alvear, 2018)

1.2 Justificación de la investigación

El estado nutricional del niño tanto por exceso o déficit, es un gran indicador de su salud actual y de su desarrollo a futuro, la base más firme para la salud infantil es la nutrición según la UNICEF se ha comprobado que la mitad de muertes infantiles son a causa de desnutrición y de la falta de agua potable sobre todo en países africanos y sudamericanos.(Unicef, 2020)

El embarazo en la adolescencia se sabe que es un problema de salud pública por todas las consecuencias que trae tanto a la madre como al hijo, la tasa de fecundidad de adolescentes en Ecuador cada año incrementa, por lo que es de gran importancia tratar de intervenir en esta población vulnerable. Según la literatura el embarazo en una adolescente puede traer repercusiones durante y

después del parto, a menor edad del embarazo mayor serán las complicaciones; en el neonato puede presentar restricción de crecimiento intrauterino, bajo peso al nacer, prematuridad, distrés respiratorio y entre otras patologías que tendrán repercusión en el futuro. El bajo peso como muestra de una nutrición insuficiente, determina la elevación de la morbimortalidad infantil.(Campero Ariana, n.d.)

El Ecuador tiene un alto índice de desnutrición infantil que se demuestra como un problema de salud pública donde debe existir intervención inmediata por lo que los hijos de madres adolescentes con un estado nutricional deficiente pueden llegar en un futuro a tener enfermedades crónicas no transmisibles, por esta razón debido a que el Hospital Vicente Corral Moscoso es un hospital de referencia del Austro es necesario determinar el estado nutricional de neonatos hijos de madres adolescentes y crear un plan de intervención. Por lo que el estado nutricional del recién nacido no solo permite detectar patologías inmediatas sino prevenir o reducir la incidencia de aquellas a largo plazo. El control adecuado de un embarazo, la alimentación correcta durante la gestación, el control oportuno de patologías asociadas podría determinar una disminución en la desnutrición neonatal; es así que, al encontrar asociación entre el estado nutricional y los factores de riesgo de madres adolescentes podría servir de base para crear conciencia y reformar políticas públicas encaminadas a la prevención. Tanto los especialistas en la salud como el resto de la comunidad deben estar actualizados en la temática para contribuir de manera oportuna.

1.3 Objetivos

1.3.1 Objetivo general

- Analizar los factores de riesgo de madres adolescentes y su relación en el estado nutricional en neonatos, atendidos en el Hospital Vicente Corral Moscoso. 2021

1.3.2 Objetivos específicos

- Verificar el estado nutricional en neonatos de madres adolescentes.
- Relacionar el estado nutricional en neonatos de madres adolescentes según la presencia de riesgos obstétricos.
- Determinar la relación entre los factores de riesgo obstétricos de las madres adolescentes y su impacto en el estado nutricional del neonato según rangos de edad.

- Elaborar una propuesta de un plan de intervención alimentaria para madres adolescentes que presenten riesgos obstétricos

1.4 Hipótesis

Existe asociación entre el estado nutricional en neonatos y los factores de riesgo de madres adolescentes

CAPÍTULO II

2. MARCO DE REFERENCIA

2.1. Antecedentes

Según OMS la adolescencia es una etapa que transcurre entre los 10 y 19 años, en la que existen cambios tanto en el aspecto fisiológico, estructural, anatómico, psicológico y de la personalidad, se debe considerar dividiéndola en dos periodos; la adolescencia temprana que va de los 10 a los 14 años, es un período en el cual los individuos presentan grandes cambios en su apariencia física, emociones y pensamientos, la adolescencia tardía entre los 15 y 19 años, en esta etapa usualmente, ya han tenido lugar los cambios físicos más importantes, aunque el cuerpo sigue modificándose (Campero Ariana, n.d.; Cordero Xavier, 2018; Ministerio de Salud Pública et al., 2018).

El embarazo en la adolescencia se asocia de forma independiente con mayores riesgos de bajo peso al nacer, parto prematuro, patología neonatal grave y muerte neonatal temprana (debido al aumento riesgo de parto prematuro) Casi todos los nacimientos de adolescentes (95%) tienen lugar en países en desarrollo y 18% y 50% de los nacimientos anuales en América Latina y África subsahariana. Las diferentes organizaciones protectoras de niños e instituciones de salud a nivel mundial, nacional y local, se encuentran consternadas por el elevado índice de embarazos principalmente en adolescentes y especialmente al ver como este influye notablemente en sus recién nacidos (Chandra-Mouli et al., 2015; Ganchimeg et al., 2014)

El bajo peso materno durante el embarazo tiene un impacto significativo en la probabilidad de tener un bebé con bajo peso al nacer. Algunos autores sugieren que las madres no están recibiendo suficientes nutrientes y calorías para alcanzar la madurez. Pérez-Ojeda encontró en su trabajo en Las Tunas que el 10% de las mujeres entre 15 y 20 años tienen bebés con bajo peso al nacer, asumiendo que esto se debe a los requerimientos nutricionales de su crecimiento, incluido el del feto (Alvear.C, 2018).

El peso al nacimiento refleja una multiplicidad de circunstancias y factores que influyen sobre el crecimiento embrionario y fetal a lo largo de la vida intrauterina del niño. A algunos factores se le ha asociado al bajo peso al nacimiento; entre ellos se encuentran la prematuridad, intervalo intergenésico

corto, raza, factores maternos como ocupación, edad, lugar de residencia, estado nutricional, estrato socioeconómico, nivel educativo, control prenatal deficiente, hipertensión arterial y otras enfermedades (Dorta et al., 2004; Ganchimeg et al., 2014; Rojas, 2019).

En Cuba Chávez, en su estudio desde el año 2010 al 2014, la cual manifiesta que la patología materna, el periodo intergenésico menor de dos años y la falta de controles prenatales llevan a un predominio de los recién nacidos pretérmino y con bajo peso al nacer (Alonso Uría et al., 2018; Peraza Roque et al., 2001).

Es de gran relevancia la investigación realizada en el Hospital José Carrasco Arteaga, de la ciudad de Cuenca, en la cual se determinó que los recién nacidos de madres adolescentes tienen mayor riesgo de poseer peso bajo al nacer, siendo primordialmente los siguientes factores como: primigesta, procedencia rural, solteras, estudiantes, sin controles prenatales, sin ingesta de vitaminas y con anemia (Alvear.C, 2018; Peraza Roque et al., 2001)

En otro estudio se menciona que un recién nacido de bajo peso de nacimiento, presentan posteriormente, mayor probabilidad de desnutrición, retardo en el desarrollo psicomotor y afectivo y tasas elevadas de mortalidad en la infancia (Rojas, 2019). El peso al nacer es el factor individual más importante para determinar las posibilidades de crecimiento y desarrollo exitoso de un niño, razón por lo cual el bajo peso al nacer es ahora un indicador común de salud. Por lo tanto, la preocupación de obstetras, pediatras, neonatólogos y nutricionistas, acerca de lo que representa un niño que nace con estas características y por muchas razones individuales, porque es causado por problemas maternos y fetales, así como ambientales. Su importancia radica en no solo en las implicaciones para la mortalidad y morbilidad infantil, sino también en que estos niños a menudo tienen problemas más adelante en la vida, en la niñez e incluso en la edad adulta; Entre estos problemas se encuentran la escasa capacidad de adaptación al medio, así como diversas discapacidades físicas y psíquicas que aparecen en la edad escolar (Peraza Roque et al., 2001).

Unos de los problemas de salud más importantes en el Ecuador es la desnutrición infantil siendo grupos vulnerables los niños La importancia de conocer el estado de salud y bienestar en que se encuentran los neonatos desde el punto de vista nutricional radica, en que, el solo hecho de ser

desnutridos los hace recién nacidos de alto riesgo lo que puede incrementar la morbimortalidad en la vida postnatal (García Alberca, 2019).

El Instituto Nacional de Estadística y Censos demuestra la tasa específica de nacidos vivos de adolescentes de 10 a 14 años, el año 2020, se registraron 1631 nacidos vivos, que corresponde a una tasa de 2 nacidos vivos por cada 1000 niñas de ese rango de edad. De igual manera en adolescentes de 15 a 19 años se registraron 43.260 nacidos vivos que corresponde a una tasa de 54.6 nacidos vivos por cada 1000 adolescentes (Fay, 2016; INEC, 2020).

Según la INEC el porcentaje de nacidos vivos con bajo peso al nacer periodo 2013 -2020, se cuenta con un porcentaje de 8.5 % nacidos vivos. Según la región en el 2020, en la sierra se registraron 10.548 nacidos vivos con bajo peso al nacer que representa el 9,8% del total de nacidos vivos de esa región, en la Costa 10.928 con un porcentaje 7.8% y en la región Amazónica hubo 1.028 que representa 5,9%. Además, el porcentaje de bajo peso al nacer según provincia de residencia habitual de madres encontrándose Pichincha con el mayor porcentaje a 11,89% de índice de natalidad seguido por Carchi con 11,4%, Azuay con 10.1% y Chimborazo 9,4%. (Fay, 2016; INEC, 2020b)

Un estudio realizado en África con 11.418 madres de edad entre 15 y 49 años se observó que, las madres con bajo peso en Senegal comparten un mayor riesgo de tener bebés con bajo peso al nacer en comparación con sus contrapartes de peso normal. Los programas destinados a abordar la mortalidad infantil deben centrarse en promover el estado nutricional de las mujeres en edad fértil. Se requieren estudios longitudinales para dilucidar mejor la naturaleza causal de la relación entre el bajo peso materno y el bajo peso al nacer.(He et al., 2018).

2.2. Marco Conceptual

2.2.1 Estado nutricional:

La nutrición óptima para el neonato se ha definido como la que da lugar a un crecimiento y desarrollo normales sin exceder sus capacidades metabólicas y excretoras. El Comité de Nutrición de la Academia Americana de Pediatría, recomienda que el objetivo de la nutrición debe ser conseguir un crecimiento posnatal adecuado a la edad gestacional, definido no sólo por los parámetros antropométricos, sino también por la variación de la composición corporal y retención de los diferentes nutrientes (Alvear.C, 2018)

2.2.2 Antropometría

Según la Asociación Española de Pediatría (AEP), “los recién nacidos deben ser pesados, tallados y medido su perímetro craneal” (Alonso Uría et al., 2018) la valoración antropométrica sigue siendo el de uso más generalizado para verificar su estado nutricional.

El peso es un indicador del estado nutricional y de salud. Su seguimiento debe realizarse en una balanza homologada, bien calibrada y preferiblemente electrónica. Se colocará al recién nacido sin pañal en el centro de la báscula y se restará el peso de la pinza del cordón para obtener una medición más exacta. Sin embargo, está sujeto a cambios ya que se debe tener en cuenta que el peso puede disminuir hasta un 10% durante los primeros días de vida.

En cuanto al tallaje, según las recomendaciones los niños deben de ser tallados en posición de decúbito supino hasta los 2 años. Para ello, se precisa un tallímetro con un tope fijo y otro móvil y dos personas: una que sujete la cabeza del recién nacido al tope fijo situándola en el plano de Frankfurt y otra que mantenga las extremidades inferiores estiradas, sin ningún tipo de flexión y con los pies en posición vertical. La talla es considerada un indicador de malnutrición crónica (Martin, 2014).

El perímetro craneal también es un indicador de escasez de nutrientes a largo plazo por lo que refleja la existencia o no de malnutrición durante la gestación. Para su medición se utiliza una cinta métrica inextensible con la que se rodeará la cabeza del niño, pasándola a nivel del hueso frontal por los arcos supraciliares y por la zona más prominente del occipital. Tiene valor durante los cuatro primeros años de vida (Alvear.C, 2018; Cordero Xavier, 2018).

Estas medidas servirán para valorar el crecimiento y la nutrición fetal. Esta última tiene una gran importancia puesto que condiciona la mayor o menor ganancia ponderal, afectando, en última instancia, al crecimiento y perímetro cefálico. Es decir, una restricción de la nutrición durante un periodo corto (un mes) únicamente repercutirá en el peso, si el periodo tiene una duración media (tres meses), también la talla se verá afectada, y si el periodo es largo (cinco meses), se reducirá el perímetro cefálico (Cordero Xavier, 2018; Martin, 2014; OMS, 2017).

Sin embargo, estos datos no sirven para evaluar el estado nutricional si no se comparan con los datos estándar de otros individuos de su misma población. Con este fin se crearon las tablas percentiladas.

Los datos obtenidos se considerarán dentro de los límites de la normalidad si se encuentran entre los percentiles 10 y 90 para la edad gestacional, entendiendo por “edad gestacional” el tiempo transcurrido desde la última regla hasta el nacimiento. Aquéllos con unas medidas antropométricas que cumplan estos requisitos serán denominados “adecuados para la edad gestacional” (AEG), mientras que si son inferiores o superiores serán pequeños o grandes para la edad gestacional (PEG o GEG). (Martin, 2014)

2.2.3 *Peso*

Representa uno de los índices de crecimiento que más se utilizan en la actualidad, posiblemente debido a que su medición es muy sencilla. El peso de un recién nacido a término y sano debe encontrarse entre 2500 y 4000 gramos. Cuando se habla de peso en el momento de nacer este puede ser catalogado en: macrosómico mayor a 4000 gramos, peso adecuado al nacer entre 2500 y 4000 gramos, bajo peso al nacer menor a 2500 gramos, muy bajo peso al nacer menor a 1500 gramos por último peso extremadamente bajo al nacer a neonatos menores de 1000 gramos (Paisán Grisolia et al., 2008; Peraza Roque et al., 2001; Restrepo-Mesa et al., 2014).

Para la UNICEF, el bajo peso al nacer (BPN), es definido como “el recién nacido cuyo peso es inferior a 2500 gramos, independientemente de su edad gestacional en el momento del nacimiento”, esta información es una de las de mayor importancia debido a que es un indicador principal para el índice de la mortalidad infantil en la actualidad (UNICEF, n.d.).

2.2.4 *Longitud:*

Esta medición se realiza en los menores de dos años de edad, aunque también se puede utilizar hasta los cuatro años, cuando la longitud no puede efectuarse con el sujeto de pie. Es un indicador del tamaño corporal y de la longitud de los huesos (Alvear.C, 2018; Bucheli et al., 2018).

2.3. Factores sociodemográficos

Los factores sociodemográficos constituyen determinantes importantes para asociarlos con los problemas habituales en la población, en la presente investigación relacionar con el bajo peso en los recién nacidos. Son factores relativos a los aspectos y modelos culturales, creencias, aspectos tales como: edad, instrucción, estado civil, ocupación, así como características demográficas: procedencia, residencia de una población.

Los factores sociodemográficos enfatizan en los diferentes aspectos que permiten a la persona interactuar con la sociedad, es un componente esencial para la vida y el desarrollo humano

Edad. Tiempo transcurrido desde el nacimiento del ser humano, número de años cumplidos, en esta investigación la población de estudio es adolescente y según la OMS se divide de 10 a 14 años adolescencia temprana y de 15 a 19 años adolescencia tardía (OMS OPS, 2018).

Residencia. Lugar donde habita una persona, lugar de permanencia de determinado ser humano, en una investigación en Colombia, en un hospital de alta complejidad determino que vivir en área rural, nuliparidad y el apoyo social no adecuado, durante la gestación son factores que tienen mayor relación con el bajo peso al nacer.

Estado civil. Es la condición que posee una persona en relación de si tiene o no pareja y su situación legal, existen variables de un estado a otro, en nuestro país, Ecuador pueden ser: unión libre, soltero/a, casado/a, divorciado/a y viudo/a.

Nivel de instrucción. Se define como el proceso mediante el cual la persona atraviesa un periodo de adquisición de conocimientos en un determinado campo (REAL ACADEMIA ESPAÑOLA, n.d.).

2.4. Factores gestacionales

En Latinoamérica, un estudio en Montevideo, Uruguay, se llevó a cabo entre enero de 1998 y diciembre de 1999, en dos de las unidades maternas responsables por la atención de más de 80% de los nacimientos del sector público de esa capital. Se encontró que, de 22.990 registros de recién nacidos vivos, 408 (1,8%) correspondieron a muy bajo peso al nacer. Se encontró que había asociación estadísticamente significativa con ausencia de control prenatal (OR=3,8; IC95% 3,0-5,0), preeclampsia (OR=7,3; IC95% 5,1-10,6), hemorragia (OR=7,5; IC95% 5,0-11,1) y amenaza de parto prematuro (OR=15,9; IC95% 12,1-21,0). Además, también presentaron asociación estadísticamente significativa con el hábito de fumar (OR=1,0; IC95% 0,8-1,3), intervalo intergenésico 12 meses (OR=4,6; IC95% 2,9-7,2) y abortos previos (en multíparas) (OR=3,2; IC95% 1,7-6,2). (Castro-Delgado et al., 2016)

Los factores de riesgo que se han establecido asociados al bajo peso al nacer, dependen de dónde se estudien. El estado nutricional materno es un factor de gran relevancia, debido a que es un determinante específico para el crecimiento fetal y en el peso del recién nacido; por tal motivo, la

UNICEF menciona que “más del 96% de los casos de bajo peso al nacer ocurren en el mundo, especialmente en países en vías de desarrollo”(UNICEF, 2014; Unicef, 2020)

Peso materno; Las mujeres con IMC $< 19,8$ kg/m² antes del embarazo se consideran debajo del peso normal, lo que predispone al bajo peso del neonato en el momento del nacimiento ($< 2,5$ kg). Estas mujeres deben ser estimuladas a aumentar al menos 12,5 kg durante el embarazo. Las mujeres embarazadas con IMC de 25 a 29,9 kg/m² (sobrepeso) o ≥ 30 kg/m² (obesidad) antes del embarazo presentan mayor riesgo de hipertensión y diabetes, embarazo postérmino, aborto, la macrosomía fetal, malformaciones congénitas, restricción del crecimiento intrauterino, preeclampsia y necesidad de cesárea. Algunas presentan bajo peso para su propia salud y la salud del feto en desarrollo. En 2009, el Instituto de Medicina actualizó sus recomendaciones sobre el aumento de peso durante el embarazo. Las nuevas recomendaciones del Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos (ACOG por sus siglas en inglés) sugieren que las mujeres con sobrepeso y obesidad podrían aumentar incluso menos peso del que se recomienda para tener un bebé saludable (NICHD Español, n.d.).

También se evidenció que los neonatos nacidos de madres obesas tuvieron una malformación congénita comparado con los infantes nacidos de madres con un IMC normal, las malformaciones congénitas más frecuentes fueron pie equino, defectos faciales, cardiovasculares, las madres diagnosticadas con diabetes gestacional tienen una mayor probabilidad de presentar complicaciones obstétricas debido al crecimiento excesivo del feto, así como de desarrollar Diabetes mellitus tipo 2 en los años posteriores al parto. En diferentes estudios hay evidencia que en una mayor proporción de gestantes adolescentes con desnutrición al principio de la gestación provocan complicaciones, 50% abortos, alteraciones hipertensivas y complicaciones materno- perinatales.(Cordoba A & Niño I., 2019)

Talla materna; Las mujeres de corta estatura (< 150 cm) son más propensas a tener la pelvis pequeña, lo que puede producir distocias con desproporción pélvico fetal o de hombro. Las mujeres bajas también son más propensas a tener trabajos de parto prematuro y restricción del crecimiento intrauterino.(Cordoba A & Niño I., 2019) En Perú Medrano y cols, nos demuestran que las madres que poseen una talla y peso materno menor que el normal, produce un condicionamiento o

predisposición para que sus recién nacidos tengan peso, talla y perímetro cefálico menor a los recién nacidos de madres con peso normal (Peña Americo, 2011).

Embarazo adolescente; Las adolescentes embarazadas son más propensas a desarrollar presión arterial alta y anemia (falta de glóbulos rojos saludables) y comenzar el trabajo de parto antes que las mujeres de más edad. Las adolescentes también podrían estar expuestas a enfermedades de transmisión sexual o infecciones que podrían afectar el embarazo. Las adolescentes podrían ser menos propensas a recibir cuidados prenatales o a visitar a un profesional de la salud de manera regular durante el embarazo para evaluar los riesgos, garantizar una buena salud y entender qué medicamentos y fármacos pueden usar (WHO/NMH/NHD, 2017).

La diabetes gestacional; es la diabetes que se desarrolla por primera vez cuando la mujer está embarazada; muchas mujeres pueden tener embarazos saludables si siguen el plan de dieta y tratamiento indicado por un profesional de la salud para controlar su diabetes. La diabetes gestacional no controlada aumenta el riesgo de tener un trabajo de parto y un parto prematuro, preeclampsia y presión arterial alta (NICHD Español, n.d.).

Preeclampsia y eclampsia; La preeclampsia es un síndrome marcado por un aumento súbito de la presión arterial en una mujer embarazada después de las 20 semanas de embarazo. Puede afectar los riñones, el hígado y el cerebro de la madre. Si no se trata, la enfermedad puede ser mortal para la madre y/o el feto y causar problemas de salud a largo plazo. La eclampsia es una forma más grave de preeclampsia, marcada por convulsiones y coma en la madre (NICHD Español, n.d.).

Anemia; Durante el periodo de gestación se considera según la OMS como anemia cuando la hemoglobina (Hb) se encuentra menor de 11 g/dl durante el primer y tercer trimestre. Siendo bajo de 10,5 g/dl durante el segundo trimestre, mientras que fuera del periodo de embarazo el valor a considerar como anemia será bajo 12 g/dl. En cualquier parte del periodo de gestación si se tiene un valor menor a 7 g/dl se considerará como anemia grave. Durante el periodo de gestación la prevalencia de anemia es la enfermedad hematológica más frecuente que está asociada a complicaciones perinatales como bajo peso al nacimiento, morbilidad neonatal y parto pretérmino (Rojas, 2019)

Infecciones; Las infecciones urinarias son comunes durante el embarazo, aparentemente debido a la estasis urinaria que resulta de la dilatación ureteral hormonal, la hipo peristalsis ureteral hormonal y la compresión del útero en crecimiento contra los uréteres. Hay una bacteriuria asintomática en alrededor del 15% de los embarazos que a veces progresa a una cistitis sintomática o una pielonefritis. La infección urinaria franca no siempre es precedida por una bacteriuria asintomática.(Ashorn et al., 2018).

En una encuesta del 2015, entre adolescentes embarazadas de 15 a 19 años con antecedentes obstétrico como: aborto espontáneo, anemia, parto anterior, hipertensión, sobre morbilidad, el grupo restante de 10 a 14 años experimentó anemia y parto por cesárea, infecciones vaginales e hipertensión inducida por el embarazo, en gestantes de 15 a 19 años con infecciones vaginales, anemia desnutrición. Al analizar por grupo de edad, se puede observar que la proporción de adolescentes embarazadas que se encuentran desnutridas en las primeras etapas del embarazo provocando complicaciones, el 50% de abortos espontáneos, hipertensión y otras complicaciones perinatales.(Hernández-Higareda et al., 2017)

Dentro de los factores de riesgo biopsicosociales durante el embarazo predomina, edad menor a 18 años y más de 38 años, la desnutrición, la multiparidad, el aborto, y el peso menor a 45 kg, en el área psicológica se detectó estrés, depresión, embarazos no deseados, falta de apoyo de la pareja y ausencia de controles prenatales, en el área sociocultural, se presentó la baja escolaridad, exceso de trabajo, falta de recursos económicos, escasa educación, y las agresiones sexuales. (Restrepo-Mesa et al., 2014)

También respecto a las enfermedades metabólicas durante la gestación asociadas a obesidad y sobrepeso pre gestacional se evaluaron embarazadas de alto riesgo obstétrico las cuales se encontraban con peso ideal, bajo peso, sobrepeso y obesidad, se evidenció que el 73% de las madres presentaron diabetes mellitus, hipertensión arterial, el 24% presentaban historial familiar de diabetes gestacional, trastornos hipertensivos o enfermedades para presentar alto riesgo.

Para los factores de riesgo relacionados con la edad se ha encontrado que las mujeres embarazadas de 10 y 19 años tienen complicaciones en varias etapas del desarrollo del embarazo, que incluye,

desgarro perineal, ruptura prematura de membranas, anemia y parto precipitado. (Restrepo-Mesa et al., 2014)

Desde la perspectiva del embarazo adolescente según, (Hernández-Higareda et al., 2017) es un factor de riesgo de rotura prematura de membranas, coincide con Barrera, Manrique & Ospina que las adolescentes embarazadas tienen alto riesgo de ruptura prematura de membranas que las embarazadas en edad adulta existiendo mayor afección en las gestantes de 14 a los 17 años, otras complicaciones son infección del tracto urinario (ITU), anemia, preeclampsia y hemorragia, hallazgos que sugieren un bajo nivel de educación y capacitación en prevención de complicaciones.(Restrepo-Mesa et al., 2014)

En cuanto al control prenatal, Gamarra concluyó que las gestantes que no lograron un control adecuado. Tenían más probabilidades de presentar ITU y ruptura prematura de membranas, resulta significativo con un estudio de Barrera; Complicaciones del embarazo Manrique & Ospina, quienes sugirieron que la falta de controles prenatales es un factor de riesgo para presentar no solo de ruptura prematura de membranas (RPM) sino también de partos pretérmino, ya que se evidenció que las mujeres que asistieron a 3 controles el parto fue antes de las 34 semanas de gestación.(Cordoba A & Niño I., 2019; Hernández-Higareda et al., 2017)

CAPÍTULO III

3 METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1 Tipo y diseño de Investigación

Se realizó un estudio descriptivo, transversal, retrospectivo de correlación, con el objetivo de determinar la relación del estado nutricional del neonato y los factores de riesgo de las madres adolescentes, es una investigación transversal observacional por que analiza datos de las variables recopiladas de las madres adolescentes y su repercusión en el estado nutricional del neonato en el año 2021

3.2 Método de la investigación

La metodología de investigación científica del presente trabajo se basa en: la consulta de documentos científicos realizados durante los últimos 5 años y análisis de la información científica

Inductivo: porque se determinó datos en particular de las historias clínicas de las madres adolescentes para de allí poder llegar a una conclusión general

Analítico: porque se analizó la asociación entre el estado nutricional de los neonatos y los factores de riesgo de madres adolescentes

3.3 Enfoque de la investigación

Tiene un enfoque cuantitativo porque permitió la correlación entre las variables y el estado nutricional llevando a un análisis de los datos recolectados de las historias clínicas

3.4 Alcance de la Investigación

El alcance de la investigación es explicativo porque permite medir el grado de relación que existe entre dos o más conceptos o variables con el tema general de estudio.

3.5 Población de estudio

En el presente estudio se tiene como población objetivo a todos los recién nacidos de madres adolescentes del servicio de pediatría del Hospital Vicente Corral Moscoso, de la ciudad de Cuenca - Ecuador, durante el periodo enero 2021 - octubre 2021, un total de 504 neonatos fueron atendidos en el servicio, de cuales se seleccionaron al azar 282 neonatos.

3.6 Selección de la muestra

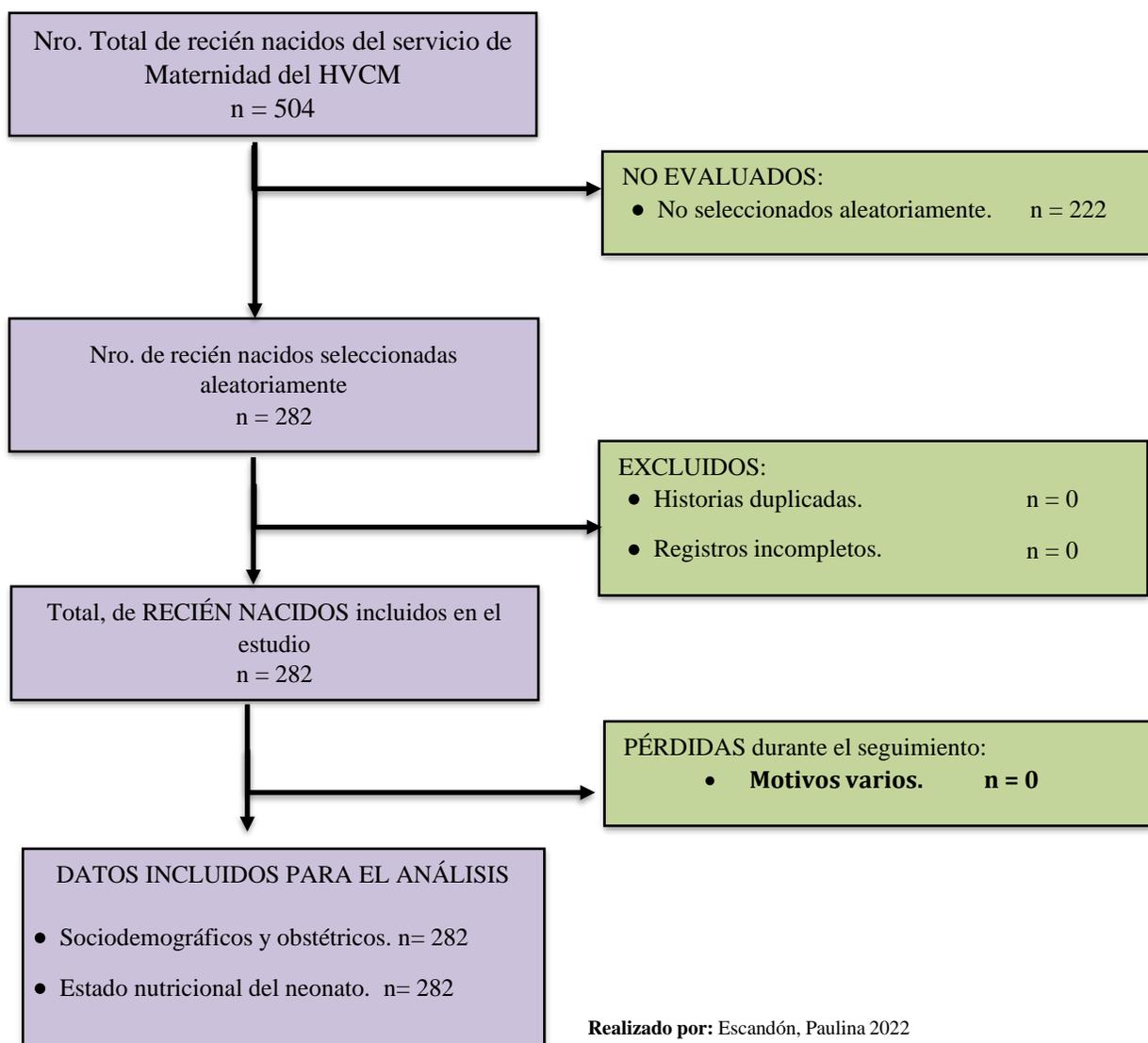


Figura 1-3 Flujograma de participantes

Es un muestreo probabilístico aleatorizado, en el que se incluyó a los neonatos que cumplieron con los criterios de inclusión, con un total de población participante de 282 neonatos hijos de madres adolescentes.

3.7 Unidad de Análisis

El universo de estudio lo constituyen 504 historias clínicas de madres adolescentes embarazadas atendidas en su parto, seleccionados desde el mes de enero a octubre en el Hospital Vicente Corral Moscoso en el año 2021.

3.8 Recolección y análisis de la información

Se analizaron historias clínicas con su epicrisis que es el resumen clínico, completo y detallado, que se realiza al egreso de una persona previamente hospitalizada. Este resumen brinda información acerca del proceso de hospitalización desde su ingreso hasta su alta médica y se determinó que cumplan los criterios de inclusión y exclusión.

3.9 Criterios de inclusión y exclusión:

Criterios de inclusión

- Historias clínicas de pacientes y neonatos cuyo parto se haya atendido en el Hospital Vicente Corral Moscoso, en el periodo de enero a octubre del 2021.
- Historias clínicas que contenga la información completa requerida para el estudio.

Criterios de exclusión:

- Historias clínicas incompletas.
- Paciente cuyo parto fue en otra institución y no se obtiene la antropometría del neonato en el HVCM.

3.10 Sistema de muestreo y asignación:

Se realizó un muestreo aleatorizado del total de adolescentes atendidas en el periodo mencionado.

La selección de muestra se realizó por medio de la aplicación de una fórmula utilizada en el programa (Análisis epidemiológicos de datos tabulados) EPIDAT 4.2 es un software estadístico de libre distribución, utilizado para análisis estadísticos y epidemiológicos de libre distribución.

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

n: tamaño de muestra

N: Tamaño de la población o número total de historias clínicas (504)

Z: Valor correspondiente a la distribución de Gauss 1,96 para $\alpha = 0.05$

p: prevalencia del fenómeno en estudio

q: 1 -p

3.11 Descripción de procedimientos:

Para la obtención de datos previamente se obtuvo la aprobación del protocolo de investigación del estudio, posterior paso para análisis del comité de docencia e investigación del Hospital y se requirió la autorización de gerencia.

La datos adquiridos de las historias clínicas del Hospital Vicente Corral Moscoso, se ingresaron como una base de datos en el programa Microsoft Excel 2019 la información sobre características sociodemográficas, edad, residencia, estado civil, nivel de instrucción, factores de riesgo obstétricos como: talla materna, número de controles, estado nutricional, la presencia de anemia, hipertensión gestacional, preeclampsia, diabetes, infecciones, edad gestacional, posterior los datos antropométricos registrados, donde se clasifico según las curvas de Lubchenco su peso y edad gestacional, y las curvas de Fenton para neonatos prematuros, además se registró el sexo, el índice de APGAR, el tipo de parto.

Con esta información registrada se ingresó los datos en el programa estadístico SPSS, donde se analizaron y se presentaron tablas, para el análisis descriptivo de las variables y posterior un análisis inferencial para determinar la prevalencia de las variables y su asociación con el estado nutricional.

La prueba estadística utilizada fue Chi² y se consideró estadísticamente significativa con un valor de $p < 0.05$.

3.12 Aspectos éticos

Para el proceso de investigación se obtuvo la autorización por parte de dirección y gerencia médica para obtener la información la cual se guarda con absoluta discreción (codificando los números de las historias clínicas) y solo se usa para la realización del presente trabajo, en ninguna parte de la investigación se revelan los nombres de las madres ni los neonatos, para mantener su anonimato y dignidad. Se faculta a las personas correspondientes para que verifiquen el estudio.

3.13 Organización de variables

Los datos obtenidos de la historia clínica que nos refleja la información que la paciente brinda el momento del ingreso al área de maternidad para su hospitalización

- Variable independiente:

Características sociodemográficas:

- Edad: se clasifico en adolescencia temprana 10 – 14 años y adolescencia tardía 15-19 años
- Estado civil: condición de la adolescente en una relación se clasifico como soltera, unión libre o casada
- Residencia: si proviene del área rural o urbano según su vivienda actual
- Nivel de instrucción: se clasifico como primaria educación básica elemental o secundaria si termino el bachillerato

Factores de riesgo obstétricos:

- Talla materna: medida al momento de su ingreso y se clasifica en mayor a 150 cm. o menor 150 cm.
- Número de controles, según lo que refiere la paciente al momento de su hospitalización considerando optimo más de 5 controles prenatales y se verifica si tiene algún registro en el carnet.
- Anemia: datos obtenidos según laboratorio y diagnostico final al egreso de la paciente registrada en la historia clínica.

- Estado nutricional: se obtiene de los datos valorados al ingreso de la madre y se grafica en una tabla del estado nutricional de la mujer gestante.
 - Hipertensión arterial: según los datos y diagnósticos obtenidos del historial clínico.
 - Diabetes: según los datos obtenidos del historial clínico.
 - Infecciones: en la historia clínica se registra a su egreso la presencia de infecciones actuales y previas.
 - Edad gestacional.: a su ingreso se determina la edad de gestación según fecha de última menstruación, ecografía o estimada.
- Variable dependiente

Estado nutricional del neonato:

Peso y talla registrada al nacimiento medida en una balanza homologada, calibrada y electrónica, tallímetro con tope fijo y otro móvil la medida se efectúa entre 2 personas

Tabla 1- 3. Variable dependiente:

Estado nutricional del neonato

VARIABLE DEPENDIENTE	CONCEPTUALIZACIÓN	DIMENSIONES	INDICADORES	DEFINICIÓN DE LOS INDICADORES	CRITERIO DE MEDICIÓN	TÉCNICA	INSTRUMENTO	ESCALA
ESTADO NUTRICIONAL DEL NEONATO	El peso y la talla son generalmente consideradas como las medidas más importantes para evaluar un crecimiento y estado de nutrición normales	Estado nutricional	Peso al nacimiento	Peso: se obtiene con facilidad y precisión. Es un reflejo de la masa corporal total de un individuo (tejido magro, tejido graso y fluidos intra y extracelulares).	Las líneas se basan en puntuación z, también conocidas como puntuación de desviación estándar (DE). Las puntuaciones z o puntuaciones de D.E. se usan para describir la distancia que hay entre una medición y la mediana (promedio).	TABLAS OMS LUBCHENCO Y FENTON	BALANZA NEONATAL TALLIMETRO NEONATAL	Macrosómico: más de 4000 g Peso normal: 2500 a 4000g Bajo peso: menor de 2500g Extremadamente bajo: menor a 1000g
			Talla al nacimiento	Longitud: se realiza en menores de 2 años, es un indicador de tamaño corporal y de longitud de los huesos				Pretérmino menor a 37 semanas de gestación Termino semana 37-42 Postérmino mayor a 42 semanas de gestación

Fuente: base de datos, 2021

Realizado por: Escandón, Paulina 2022

Tabla 2- 3. Variables independientes:

Factores de riesgo

VARIABLE INDEPENDIENTE	CONCEPTUALIZACIÓN	DIMENSIONES	INDICADORES	DEFINICIÓN DE LOS INDICADORES	CRITERIO DE MEDICIÓN	TÉCNICA	INSTRUMENTO	ESCALA
FACTORES DE RIESGO	Son determinadas condiciones sociales, culturales, patológicas que se presentan durante el embarazo y que pueden influir en el resultado final del producto y su evolución	Antecedentes sociodemográficos,	Edad	Tiempo de vida transcurrido desde el nacimiento	Calcula la edad a partir de fecha nacimiento	Observación y análisis de datos	Revisión de Historias Clínicas	Va depender si la paciente presenta cierta patología y de la variable analizada
			Procedencia y residencia	Origen de la persona y lugar donde habita	Datos obtenidos			
			Nivel de instrucción	Primaria Secundaria Superior	Datos de HC			
			Estado civil	Su situación legal Soltera, casada, unión libre y otros	Datos obtenidos			
		Gineco-obstétricos y patologías asociadas	Anemia	Hb <12 mg/dl	Datos HC			
			Infecciones	Vías urinarias, vaginales otras	Según hallazgos			
			Hipertensión arterial/ preeclampsia/ec lamsia	TA por encima de 140/90 y se considera grave TA 180/120.	Según Hallazgos			
			Diabetes Gestacional	Afección crónica que afecta la manera en la que el cuerpo procesa la glucosa en sangre	Datos HC			
			Numero de controles	Optimo ≥ 5 controles No optimo ≤ 5 controles	Según hallazgos			
			Estado nutricional materno	Bajo peso normo peso, sobrepeso obesidad	Datos HC			
			Talla materna	>150cm <150cm	Datos HC			

Fuente: base de datos 2021

Realizado por: Escandón, Paulina 2022

CAPÍTULO IV

4 RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1 Características sociodemográficas

Tabla 3- 4. Distribución por Edad Materna, Hospital Vicente Corral

Moscoso. Año 2021

	Media	Mediana	Des. estándar	Cuartil 1	Cuartil 3
Edad Materna	17.6	18	2	17	19

Fuente: base de datos 2021

Realizado por: Escandón, Paulina 2022

El promedio de edad de las maternas fue de 17.6 años (desviación estándar de ± 2 años).

Tabla 4- 4. Características sociodemográficas, Hospital

Vicente Corral Moscoso. Año 2021

		Recuento	Porcentaje
Edad Materna	10 a 14 años	10	3,5%
	15 a 19 años	272	96,5%
Residencia	Urbano	132	46,8%
	Rural	150	53,2%
Estado Civil	Unión Libre	121	42,9%
	Soltera	133	47,2%
	Casada	28	9,9%
Instrucción	Primaria	152	53,9%
	Secundaria	130	46,1%
	Total	282	100,0%

Fuente: base de datos 2021

Realizado por:: Escandón, Paulina 2022

El grupo de edad en las madres más frecuentemente observado resultó el de 15 a 19 años, en el 96.5%. Más de la mitad, el 53.2%, residen en las zonas rurales. El 47,2% tienen un estado civil soltera, los demás tiene pareja. El 53.9% de las maternas presenta una instrucción primaria.

4.2 Características Obstétricas

Tabla 5- 4. Características obstétricas, Hospital Vicente Corral Moscoso. Año 2021

		Recuento	Porcentaje
Talla	< 150 cm	176	62,4%
	> 150 cm	106	37,6%
N.º de Controles	Óptimo	168	59,6%
	No óptimo	114	40,4%
Estrado Nutricional Materno	Obesidad	82	29,1%
	Sobrepeso	140	49,6%
	Normal	60	21,3%
Anemia	Sí	73	25,9%
	No	209	74,1%
Hipertensión Gestacional	Sí	3	1,1%
	No	279	98,9%
Preeclampsia/Eclampsia	Sí	31	11,0%
	No	251	89,0%
Diabetes Gestacional	Sí	0	0,0%
	No	282	100,0%
Infecciones Maternas	Sí	79	28,0%
	No	203	72,0%
Tipo de Parto	Vaginal	182	64,5%
	Cesárea	100	35,5%
	Total	282	100,0%

Fuente: base de datos 2021

Realizado por: Escandón, Paulina 2022

En las madres de los recién nacidos el 62.4% presentaban una estatura menor a 150cm. Más de la mitad no cumplieron con el número óptimo de controles en su embarazo, el 59.6%. Un 68.7% tuvo sobrepeso u obesidad.

Con relación a las patologías concomitantes: 25.9% tuvo anemia, 1.1% hipertensión gestacional, 11.0% preeclampsia o eclampsia, ninguna diabetes gestacional y un 28% algún tipo de infección.

En el 64.5% de las gestantes se terminó el embarazo por parto vaginal.

4.3 Características del recién nacido

Tabla 6- 4. Distribución por edad gestacional, peso, perímetro cefálico y APGAR, Hospital Vicente Corral Moscoso. Año 2021

	Media	Mediana	Des. estándar	Cuartil 1	Cuartil 3
Edad Gestacional	38,1	39,0	4,0	38,0	40,0
Peso RN (g)	2894	3000	601	2640	3330
Perímetro Cefálico RN (cm)	34,6	34,0	18,1	33,0	35,0
Apgar 1	9	9	1	9	9
Apgar 5	9	9	0	9	9

Fuente: base de datos 2021

Realizado por: Escandón, Paulina 2022

La media de la edad gestacional de los neonatos al nacer fue de 38.1 SG (desviación estándar de ± 4 SG). El peso promedio fue de 2894 gramos (desviación estándar de ± 601 gramos). En el caso del perímetro cefálico la media resultó en 34.6 cm (desviación estándar de ± 18.1 cm).

Con relación al APGAR, al primer minuto el promedio se encontró en 9 (desviación estándar de ± 1) y al minuto 5 también de 9 (desviación estándar de ± 0).

Tabla 7- 4. Características neonatales, Hospital Vicente Corral Moscoso. Año 2021

		Recuento	Porcentaje
Sexo RN	Hombre	155	55,0%
	Mujer	127	45,0%
Grupo Edad Gestacional	Pretérmino	37	13,1%
	Término	244	86,5%
	Postérmino	1	0,4%
Estado Nutricional RN	Extremadamente bajo peso	1	0,4%
	Bajo peso	57	20,2%
	Normal	223	79,1%
	Macrosómico	1	0,4%
Clasificación RN	PEG	52	18,4%
	AEG	229	81,2%
	GEG	1	0,4%
	Total	282	100,0%

PEG: Pequeño para edad gestacional, AEG: adecuado para edad gestacional GEG: grande para edad gestacional

Fuente: base de datos 2021

Realizado por:: Escandón, Paulina 2022

Un 55.0% de los neonatos correspondieron al sexo masculino. En el 81.2% de los recién nacido se encontró un peso adecuado para su edad gestacional.

El 86.5% nacieron a término (37 a 41 SG). El 79.1% presentaron un peso normal (2500 a 4000 gramos). La prevalencia de bajo peso o peso extremadamente bajo fue del 20.6%.

4.4 Características demográficas y estado nutricional del recién nacido

Tabla 8- 4. Características demográficas maternas y estado nutricional del neonato, Hospital Vicente Corral Moscoso. Año 2021

		Peso < 2500g						
		Sí		No				
		n	%	n	%	p valor	RP	IC 95%
Edad Materna	10 a 14 años	5	50,0%	5	50,0%	0,019*	2,57	1,32 – 4,99
	15 a 19 años	53	19,5%	219	80,5%			
Residencia	Urbano	26	19,7%	106	80,3%	0,734	0,92	0,58 – 1,47
	Rural	32	21,3%	118	78,7%			
Estado Civil	Sin pareja	36	27,1%	97	72,9%	0,011*	1,83	1,14 – 2,95
	Con pareja	22	14,8%	127	85,2%			
Instrucción	Primaria	34	22,4%	118	77,6%	0,418	1,21	0,76 – 1,93
	Secundaria	24	18,5%	106	81,5%			
	Total	58	20,6%	224	79,4%			

* Estadísticamente significativo, calculado por el test de chi cuadrado (significancia valor de $p < 0.05$)

IC: intervalo de confianza RP: razón de posibilidades

Fuente: base de datos 2021

Realizado por: Escandón, Paulina 2022

En la sección anterior se comentó que de los 282 neonatos incluidos en el estudio, un 20.6% presentó un peso menor a 2500 gramos (bajo peso o extremadamente bajo peso). Al cruzar esta variable con las características sociodemográficas, se encontró diferencias estadísticamente significativas (valor $p < 0.05$) con la edad materna (más frecuente el peso bajo en adolescencia temprana) y el estado civil (más común el bajo peso del neonato en mujeres sin pareja estable).

Una edad entre 10 y 14 años en la madre aumenta la probabilidad de niños con bajo peso (RP 2.57; IC 95% 1,32 – 4,99). Cuando la madre no tiene pareja estable aumenta el riesgo de un neonato con bajo peso (RP 1,83; IC 95% 1,14 – 2,95). Características obstétricas y estado nutricional del recién nacido

Tabla 9- 4. Características obstétricas y estado nutricional del neonato, Hospital Vicente Corral Moscoso. Año 2021

		Peso < 2500g						
		Sí		No				
		n	%	n	%	p valor	RP	IC 95%
Talla	< 150 cm	33	18,8%	143	81,3%	0,331	0,80	0,50 – 1,26
	> 150 cm	25	23,6%	81	76,4%			
Número de Controles	No óptimo	33	28,9%	81	71,1%	0,004*	1,20	1,05 – 1,37
	Óptimo	25	14,9%	143	85,1%			
Estado Nutricional	Sobrepeso / Obesidad	44	19,8%	178	80,2%	0,550	0,85	0,50 – 1,44
	Normal	14	23,3%	46	76,7%			
Anemia	Sí	17	23,3%	56	76,7%	0,504	1,18	0,72 – 1,96
	No	41	19,6%	168	80,4%			
Hipertensión Gestacional	Sí	1	33,3%	2	66,7%	0,582	1,63	0,32 – 8,22
	No	57	20,4%	222	79,6%			
Preeclampsia/ Eclampsia	Sí	10	32,3%	21	67,7%	0,088	1,69	0,95 – 2,98
	No	48	19,1%	203	80,9%			
Diabetes Gestacional	Sí	0	0,0%	0	0,0%	--	--	--
	No	58	20,6%	224	79,4%			
Infecciones Maternas	Sí	30	38,0%	49	62,0%	0,001*	2,75	1,77 – 4,30
	No	28	13,8%	175	86,2%			
Total		58	20,6%	224	79,4%			

* Estadísticamente significativo, calculado por el test de chi cuadrado (significancia valor de $p < 0.05$)

IC: intervalo de confianza RP: razón de posibilidades

Fuente: base de datos 2021

Realizado por: Escandón, Paulina 2022

Al evaluar el comportamiento de la frecuencia de neonatos con bajo peso de acuerdo con características obstétricas, se determinó asociación estadísticamente significativa (valor de $p < 0.05$) con un número no óptimo de controles en el embarazo y con la presencia de infecciones en la madre. Con la preeclampsia / eclampsia es alto la frecuencia de neonato de bajo peso (33.3%) al comparar con las que no presentan esta patología (19.1%), pero no llegó al valor crítico (valor de $p < 0.05$) para demostrar asociación.

El no tener un número óptimo de controles en el embarazo (RP 1.20; IC 95% 1,05 – 1,37) y el desarrollo de preeclampsia o eclampsia en la gestante (RP 2.75; IC 95% 1,77 – 4,30) se asocian con un mayor riesgo de un neonato de bajo peso.

4.5 Características neonatales y estado nutricional del recién nacido

Tabla 10- 4. Características del recién nacido y estado nutricional del neonato, Hospital Vicente Corral Moscoso. Año 2021

		Peso < 2500g						
		Sí		No				
		n	%	n	%	p valor	RP	IC 95%
Sexo RN	Hombre	33	21,3%	122	78,7%	0,740	1,08	0,68 – 1,72
	Mujer	25	19,7%	102	80,3%			
Prematuridad	Sí	33	89,2%	4	10,8%	0,000*	8,74	5,93 – 12,88
	No	25	10,2%	220	89,8%			
Total		58	20,6%	224	79,4%			

* Estadísticamente significativo, calculado por el test de chi cuadrado (significancia valor de $p < 0.05$)

IC: intervalo de confianza, RP: razón de posibilidades

Fuente: base de datos 2021

Realizado por: Escandón, Paulina 2022

Realizando el análisis de las características del neonato con su bajo peso, se evidenció que la prematuridad se asocia con el bajo peso al nacer, las diferencias encontradas en la prevalencia de bajo peso entre los prematuros (89.2%) y no prematuros (10.2%) fue estadísticamente significativa (valor de $p < 0.05$).

La prematuridad se encontró como un factor de riesgo para que un neonato tenga bajo peso al nacer (RP 8.74; IC 95% 5,93 – 12,88). Siendo el principal factor en el presente estudio.

4.6 Características obstétricas y estado nutricional del recién nacido de acuerdo a la edad materna

Tabla 11- 4. Características obstétricas y estado nutricional del neonato en la maternas de 10 a 14 años, Hospital Vicente Corral Moscoso. Año 2021

		Peso < 2500g						
		Sí		No				
		n	%	n	%	p valor	RP	IC 95%
Talla	< 150 cm	1	25,0%	3	75,0%	0,197	0,36	0,06 – 2,44
	> 150 cm	4	66,7%	2	33,3%			
Número de Controles	No óptimo	3	60,0%	2	40,0%	0,527	1,50	0,41 – 5,45
	Óptimo	2	40,0%	3	60,0%			
Estado Nutricional	Sob. / Obesidad	3	42,9%	4	57,1%	0,490	0,64	0,20 – 2,07
	Normal	2	66,7%	1	33,3%			
Anemia	Sí	1	33,3%	2	66,7%	0,490	0,58	0,10 – 3,27
	No	4	57,1%	3	42,9%			
Hipertensión Gestacional	Sí	0	0,0%	1	100,0%	0,292	--	--
	No	5	55,6%	4	44,4%			
Preeclampsia/ Eclampsia	Sí	0	0,0%	2	100,0%	0,114	--	--
	No	5	62,5%	3	37,5%			
Diabetes Gestacional	Sí	0	0,0%	0	0,0%	--	--	--
	No	5	50,0%	5	50,0%			
Infecciones Maternas	Sí	3	75,0%	1	25,0%	0,197	2,25	0,64 – 7,97
	No	2	33,3%	4	66,7%			
Total		5	50,0%	5	50,0%			

* Estadísticamente significativo, calculado por el test de chi cuadrado (significancia valor de $p < 0.05$)

IC: intervalo de confianza RP: razón de posibilidades

Fuente: base de datos 2021

Realizado por: Escandón, Paulina 2022

Tabla 12- 4. Características obstétricas y estado nutricional del neonato en la maternas de 15 a 19 años, Hospital Vicente Corral Moscoso. Año 2021

		Peso < 2500g						
		Sí		No				
		n	%	n	%	p valor	RP	IC 95%
Talla	< 150 cm	32	18,6%	140	81,4%	0,631	0,87	0,54 – 1,45
	> 150 cm	21	21,0%	79	79,0%			
Número de Controles	No óptimo	30	27,5%	79	72,5%	0,006*	1,19	1,04 – 1,35
	Óptimo	23	14,1%	140	85,9%			
Estado Nutricional	Sob. / Obesidad	41	19,1%	174	80,9%	0,737	0,91	0,51 – 1,61
	Normal	12	21,1%	45	78,9%			
Anemia	Sí	16	22,9%	54	77,1%	0,409	1,25	0,74 – 2,10
	No	37	18,3%	165	81,7%			
Hipertensión Gestacional	Sí	1	50,0%	1	50,0%	0,274	2,60	0,64 – 10,61
	No	52	19,3%	218	80,7%			
Preeclampsia/ Eclampsia	Sí	10	34,5%	19	65,5%	0,031*	1,95	1,10 – 3,45
	No	43	17,7%	200	82,3%			
Diabetes Gestacional	Sí	0	0,0%	0	0,0%	--	--	--
	No	53	19,5%	219	80,5%			
Infecciones Maternas	Sí	27	36,0%	48	64,0%	0,001*	2,73	1,71 – 4,36
	No	26	13,2%	171	86,8%			
	Total	53	19,5%	219	80,5%			

* Estadísticamente significativo, calculado por el test de chi cuadrado (significancia valor de $p < 0.05$)

IC: intervalo de confianza RP: razón de posibilidades

Fuente: base de datos 2021

Realizado por: Escandón, Paulina 2022

Al analizar la variable peso del neonato con las características obstétricas, se determinó asociación estadísticamente significativa (valor de $p < 0.05$) con un número no óptimo de controles en el embarazo, la presencia de preeclampsia/eclampsia y con la presencia de infecciones en la madre, en el grupo de neonatos proveniente de madres entre 15 a 19 años. Existen pocos casos de neonatos (10

en total) de madres entre 10 a 14 años y no se encontró ninguna asociación estadística en los cruces realizados.

El no tener un número óptimo de controles en el embarazo (RP 1.19; IC 95% 1,04 – 1,35), antecedentes de preeclampsia/eclampsia (RP 1.95; IC 95% 1,10 – 3,45) y el desarrollo de infecciones maternas (RP 2.73; IC 95% 1,71 – 4,36) se asocian con un mayor riesgo de un neonato de bajo peso.

4.7 Características demográficas y estado nutricional del recién nacido de acuerdo a la edad materna

Tabla 13- 4. Características demográficas maternas y estado nutricional del neonato en la maternas de 10 a 14 años, Hospital Vicente Corral Moscoso. Año 2021

		Peso < 2500g						
		Sí		No				
		n	%	n	%	p valor	RP	IC 95%
Residencia	Urbano	2	50,0%	2	50,0%	1,000	1,00	0,28 – 3,54
	Rural	3	50,0%	3	50,0%			
Estado Civil	Sin pareja	4	66,7%	2	33,3%	0,197	2,67	0,47 – 15,96
	Con pareja	1	25,0%	3	75,0%			
Instrucción	Primaria	5	50,0%	5	50,0%	--	--	--
	Secundaria	0	0,0%	0	0,0%			
	Total	5	50,0%	5	50,0%			

* Estadísticamente significativo, calculado por el test de chi cuadrado (significancia valor de $p < 0.05$)

IC: intervalo de confianza RP: razón de posibilidades

Fuente: base de datos 2021

Realizado por: Escandón, Paulina 2022

Tabla 14- 4. Características demográficas maternas y estado nutricional del neonato en la maternas de 15 a 19 años, Hospital Vicente Corral Moscoso. Año 2021

		Peso < 2500g						
		Sí		No				
		n	%	n	%	p valor	RP	IC 95%
Residencia	Urbano	24	18,8%	104	81,3%	0,773	0,93	0,57 – 1,51
	Rural	29	20,1%	115	79,9%			
Estado Civil	Sin pareja	32	25,2%	95	74,8%	0,026*	1,74	1,06 – 2,86
	Con pareja	21	14,5%	124	85,5%			
Instrucción	Primaria	29	20,4%	113	79,6%	0,683	1,10	0,68 – 1,80
	Secundaria	24	18,5%	106	81,5%			
	Total	53	19,5%	219	80,5%			

* Estadísticamente significativo, calculado por el test de chi cuadrado (significancia valor de $p < 0.05$)

IC: intervalo de confianza RP: razón de posibilidades

Fuente: base de datos 2021

Realizado por: Escandón, Paulina 2022

Se conoce que de los 282 neonatos incluidos en el estudio, un 20.6% presentó un peso menor a 2500 gramos (bajo peso o extremadamente bajo peso). Al analizar este fenómeno por grupos de edad materna, un peso menor a 2500g se presentó en el 50.0% de neonatos provenientes de madres entre 10 a 14 años, en cambio el bajo peso al nacer fue del 19.5% en neonatos de madres entre 15 y 19 años. Al cruzar esta variable con las características sociodemográficas, se encontró diferencias estadísticamente significativas el estado civil en el grupo de madres entre 15 a 19 años (más común el bajo peso del neonato en mujeres sin pareja estable). Existen pocos casos de neonatos (10 en total) de madres entre 10 a 14 años.

Cuando la madre no tiene pareja estable aumenta el riesgo de un neonato con bajo peso (RP 1,74; IC 95% 1,06 – 2,86) en el grupo de neonatos provenientes de madres entre 15 a 19 años.

DISCUSIÓN

Los resultados de la investigación permiten identificar los factores sociodemográficos y gestacionales de las madres adolescentes y su relación con el estado nutricional de los recién nacidos en el Hospital Vicente Corral Moscoso en el año 2021, el total de neonatos que formaron parte de este estudio fueron 282.

Se sabe que el embarazo durante la adolescencia constituye una condición bio psico social muy particular, ya que está asociada a una serie de situaciones que pueden afectar la salud de la madre y del niño, en este caso relacionado con el estado nutricional del neonato como se evidencia en el bajo peso (menos a 2500g) (Alonso Uría et al., 2018; Dorta et al., 2004; Leiva Parra et al., 2018). Al analizar los resultados el grupo de edad en las madres más frecuentemente observado en el estudio resultó el de 15 a 19 años, en el 96.5%, edad media de 18 años, el 53.2%, residen en las zonas rurales. coincide con el estudio realizado en el Hospital José Carrasco Arteaga de la ciudad de Cuenca donde las edades prevalentes fueron entre 17 y 19 años, (70%), y predominio la residencia rural con un valor p significativamente estadístico, coincide con más estudios realizados en España, África, América Latina (Dorta et al., 2004; He et al., 2018b), además el 47,2% tienen un estado civil soltera. El 53.9% de las maternas presenta una instrucción primaria; esto demuestra que en el área rural existe una mayor prevalencia de casos, de madres adolescentes con instrucción primaria es donde se debería intervenir de manera inmediata.(Cazar Jorge, 2011)

De los 282 neonatos incluidos en el estudio, un 20.6% presentó un peso menor a 2500 gramos (bajo peso o extremadamente bajo peso). Al cruzar esta variable con las características sociodemográficas, se encontró diferencias estadísticamente significativas (valor $p < 0.05$) con la edad materna (más frecuente el peso bajo en adolescencia temprana), Una edad entre 10 y 14 años en la madre aumenta la probabilidad de niños con bajo peso (RP 2.57; IC 95% 1,32 – 4,99) lo cual coincide con el estudio de E. Dorta y col, J. Cazar, O. Castro y col, ^{8,29,32}. El estado civil (más común el bajo peso del neonato en mujeres sin pareja estable), cuando la madre no tiene pareja estable aumenta el riesgo de un neonato con bajo peso (RP 1,83; IC 95% 1,14 – 2,95) (Peña Américo, 2011; Restrepo-Mesa et al., 2014).

En relación con las variables del estado nutricional de la madre en un estudio realizado en el 2018 en África reporta que, si existe relación entre el IMC materno y el bajo peso del neonato, lo cual en esta investigación no presentó un valor p significativa (Dorta et al., 2004; He et al., 2018b).

Se encontró con la preeclampsia es alto la frecuencia de neonato de bajo peso (33.3%) al comparar con las que no presentan esta patología (19.1%), pero no llegó al valor crítico (valor de $p < 0.05$) para demostrar asociación. (RP 2.75; IC 95% 1,77 – 4,30), esta patología se asocia con un mayor riesgo de un neonato de bajo peso. Como se evidencia en el estudio de J.Cazar,³² aunque los mecanismos asociados con el peso fetal no se comprenden totalmente, es posible que el aumento observado en la resistencia vascular periférica en madres hipertensas interfiera con la circulación placentaria y por lo tanto afecte el desarrollo del fetal normal, varios autores indican que la hipertensión arterial inducida por el embarazo es cinco veces más común en madres menores de 17 años, y sugieren que se debe a un desarrollo biológico y endocrino insuficiente para establecer la adaptación al embarazo (Cazar Jorge, 2011; Leiva Parra et al., 2018; Strobino et al., 1995).

El no tener un número óptimo de controles en el embarazo en esta investigación, (RP 1.20; IC 95% 1,05 – 1,37), se asocia con mayor riesgo de tener un neonato de bajo peso, existe evidencia que sugiere la importancia del control prenatal como un factor de prevención de complicaciones para la madre y su futuro hijo. En nuestro estudio esta fue una variable importante, varios estudios concluyeron que los cuidados prenatales disminuían la incidencia de recién nacidos pretérmino (Cazar Jorge, 2011; Dorta et al., 2004; Strobino et al., 1995).

En otra investigación estudiaron 3 diferentes hipótesis para explicar el bajo peso al nacimiento registrado en los hijos de adolescentes en Estados Unidos (desventaja social, inmadurez biológica y comportamiento no saludable durante la gestación), y encontraron que el ambiente de privación social era el factor más relevante a la hora de explicar sus causas.(Strobino et al., 1995)

La prematuridad se encontró como un factor de riesgo para que un neonato tenga bajo peso al nacer (RP 8.74; IC 95% 5,93 – 12,88). Siendo el principal factor en el presente estudio.(Cazar Jorge, 2011; Leiva Parra et al., 2018), reportan que los recién nacidos considerados pretérminos, 20,2% pertenecían al grupo de las adolescentes precoces y 16,1% al grupo de las adolescentes tardías. Se conoce que la prematuridad y el bajo peso al nacer incrementan la mortalidad infantil, los resultados

según la literatura mencionada se asemejan en este trabajo de investigación, en un estudio realizado 2018 acota que Fernández et al ³⁶ encontraron que el 83 % de los recién nacidos alcanzaron de 37 a 41 semanas de vida intrauterina, el 12 %, menos de 37 semanas y el 5 %, 42 semanas o más.

Es de vital importancia identificar los factores de riesgo que se han establecido dependen de dónde se estudien. Se evidencia que en los países desarrollados se encontró asociación con la enfermedad vascular hipertensiva, los antecedentes de abortos previos y la muerte fetal previa. En los países en vías de desarrollo, se encontró asociación estadísticamente significativa con ausencia de control prenatal (OR = 3,8; IC95% 3,0-5,0); preeclampsia (OR = 7,3; IC95% 5,1-10,6); hemorragia (OR = 7,5; IC95% 5,0-11,1); amenaza de parto prematuro (OR = 15,9; IC95% 12,1-21,0)(Castro-Delgado et al., 2016)(Pacce et al., 2016)

Finalmente se reconoce como limitaciones del estudio el universo estudiado en caso de ser un mayor tiempo de investigación se recolectaría una muestra más significativa que brindara datos más fiables para la hipótesis propuesta, sin embargo, según el análisis realizado se confirma la hipótesis propuesta de la investigación, aportando información importante para futuras investigaciones, y poder generar cambios preventivos en la salud y desarrollo en la etapa adolescente y neonatos.

CAPÍTULO V

PROPUESTA

Con los resultados del presente trabajo de investigación se obtuvo que si existe asociación entre el estado nutricional en neonatos y los factores de riesgo de madres adolescentes del Hospital Vicente Corral Moscoso, es por eso que se propone incluir en los consultorios de obstetricia, cuando acudan a los controles las madres adolescentes, una guía para esa población, que describa de manera clara los beneficios de un adecuado control prenatal, los signos de alarma para prevenir complicaciones y acudir a tiempo a la consulta o servicio de emergencias, de igual manera información nutricional para la madre sobre los alimentos que necesita para un adecuado desarrollo y crecimiento tanto de ella como el de su hijo, explicaciones sobre técnicas de lactancia y sus beneficios a corto y largo plazo, además posterior al parto previo al alta médica brindar asesoramiento nutricional para la madres y lactantes. Hoy en día la tecnología ha facilitado el acceso a información de gran ayuda el cual se puede proporcionar a las pacientes que les ayudara a llevar de mejor manera el crecimiento y desarrollo de sus hijos.

GUIA PARA ADOLESCENTES EMBARAZADAS

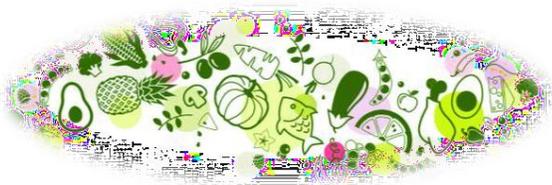


Los 1.000 días entre el embarazo y el 2º cumpleaños de un niño sientan las bases para todos los días siguientes

Md Paulina Escandon / Maestría en Nutrición Infanti

CONCEPTOS CLAVES

- ✓ **El embarazo y la lactancia son periodos de mayores requerimientos nutricionales.**
- ✓ **La alimentación de la madre proporciona al niño los nutrientes necesarios para su desarrollo y atiende las demandas de su propio organismo.**
- ✓ **El estado nutricional preconcepcional de la madre es tan importante como la dieta a seguir durante el embarazo.**
- ✓ **Se aconseja una dieta variada y equilibrada.**
- ✓ **Las necesidades de nutrientes aumentan proporcionalmente a las necesidades energéticas por lo que la selección de alimentos debe hacerse por su calidad y no por la cantidad.**
- ✓ **Durante el embarazo y la lactancia aumentan las necesidades de energía, proteínas, ácidos grasos esenciales, vitaminas y minerales.**
- ✓ **Se aconseja un suplemento de ácido fólico en el mes previo a la concepción y, al menos, durante el primer trimestre y especialmente en caso de antecedentes previos de malformaciones del tubo neural.**
- ✓ **Los minerales más comprometidos en la gestación son el hierro, el yodo y el calcio. Se recomienda incluir en la dieta alimentos de origen animal y lácteos, y utilizar sal yodada. En caso de situaciones deficitarias se recomendarán suplementos.**
- ✓ **Los principales determinantes de las necesidades nutricionales en la mujer lactante son la composición y el volumen de leche secretada y también el estado nutricional de la madre al inicio de esta etapa**



INTRODUCCION

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha estimado que la mujer embarazada requiere una ingesta promedio extra de 300 kcal por día para la totalidad del embarazo; es decir, una ingesta aproximada entre 2,150 kcal/día y 2,200 kcal/día.

Durante el primer trimestre, el gasto energético total (GET) no se modifica tanto; mientras que en el segundo y tercer trimestre es necesario un aporte calórico mayor: aproximadamente 340 kcal por día en el segundo trimestre y 425 kcal por día en el tercero.

La nutrición adecuada contribuye a la reducción de complicaciones en el embarazo, como la toxemia (eclampsia y preeclampsia), diabetes gestacional, el parto prematuro y la anemia.

El déficit nutricional antes y durante el embarazo, puede ser causa de infertilidad, aborto espontáneo, parto prematuro, malformaciones congénitas, menor peso al nacer y mayor probabilidad del niño a enfermar y morir durante el nacimiento o en los primeros días de vida.

Mientras, la obesidad materna se asocia a un mayor riesgo de hipertensión arterial, diabetes gestacional, cesárea y utilización de fórceps, debido a recién nacidos muy grandes, entre otras anomalías. Estas consecuencias negativas se incrementan si el embarazo se presenta en adolescentes. Un estado nutricional adecuado agiliza recuperación madre después del parto

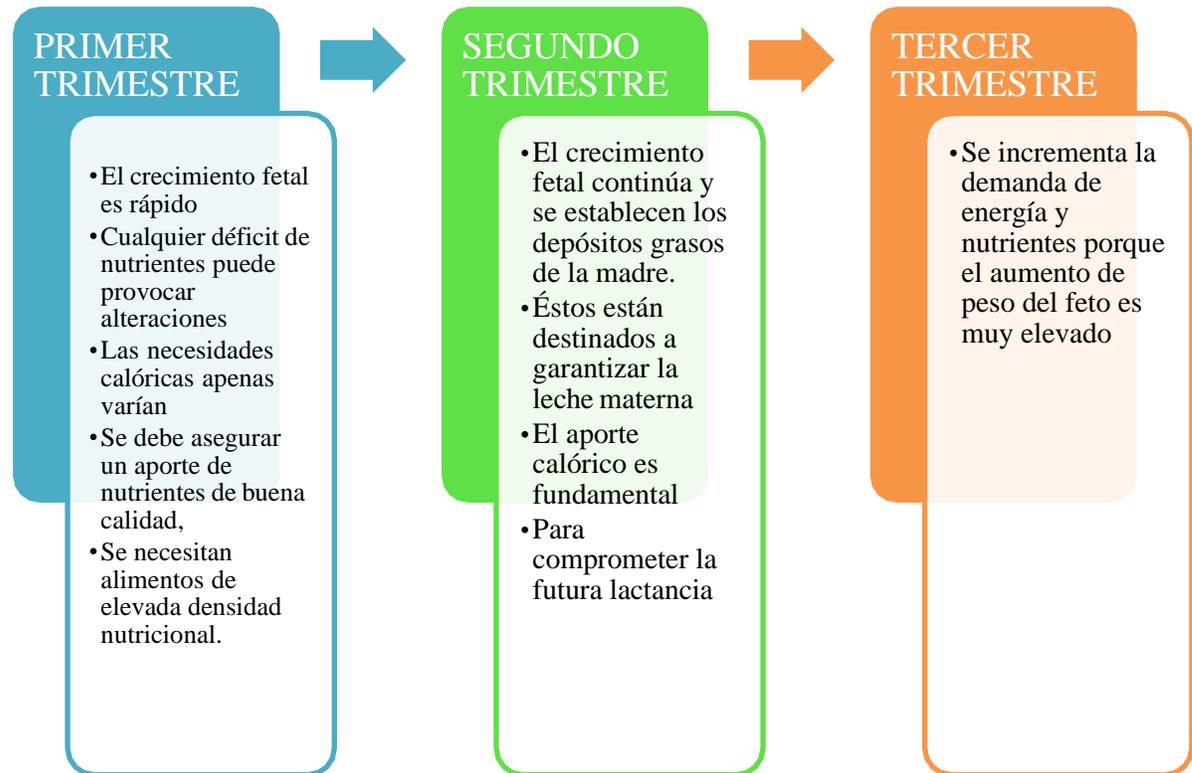


Los mil primeros días de vida que ocurren entre el embarazo de la madre y el segundo año de vida del infante, ofrece una oportunidad única para formar niños y niñas más saludables y con futuros más prósperos.

¿Qué son los primeros 1000 días?



LOS REQUERIMIENTOS NUTRICIONALES DURANTE LAS DISTINTAS ETAPAS DE LA GESTACIÓN ADOLESCENTE:



COMO DEBE SER LA ALIMENTACION EN LA GESTANTE ADOLESCENTE

Nutrientes claves para la mujer y el bebé durante el embarazo		
Nutriente	Para lo que necesitan usted y su bebé	Mejores fuentes
Proteínas	Apoya al crecimiento, a formar nuevas células y tejidos.	Carnes, pescado, huevos, leche, queso, yogur
Calcio	Apoya a la formación de huesos.	Leche, queso, yogur, sardinas.
Hierro	Ayudan a que los glóbulos rojos lleven oxígeno al bebé.	Carnes (especialmente de res), hígado, granos secos como fréjol o lenteja
Ácido fólico	Adecuado desarrollo del sistema nervioso (cerebro y médula espinal).	Vegetales de hoja verde oscuras, hígado, jugo de naranja, nueces.
Omega 6 y omega 3	Desarrollo cerebral y de la visión.	Frutos secos (maní, nueces), pescados de carne oscura como atún o trucha.
Vitaminas A, C, D y B	Apoyan al adecuado crecimiento y desarrollo.	Frutas y vegetales (de varios colores), cereales integrales.



CONSEJOS DE ALIMENTACIÓN DURANTE EL EMBARAZO

- Consuma calorías provenientes de alimentos nutritivos.
- Prefiera alimentos naturales y frescos en lugar de procesados.
- No ayune ni elimine comidas.
- Limite el consumo de alimentos con excesivas grasas de origen animal como tocino, mantequilla, embutidos; bebidas azucaradas como gaseosas, jugos artificiales; frituras, enlatados y otras comidas “chatarra”.
- La alimentación debe ser variada, equilibrada y en horarios regulares.
- Consuma alimentos ricos en fibras como frutas, vegetales, cereales integrales.
- Utilice sal yodada en la preparación de sus alimentos.
- No consuma bebidas alcohólicas, no fume ni se exceda en bebidas con cafeína



RECOMENDACIONES PARA EL INCREMENTO DE PESO Y VELOCIDAD DE GANANCIA DE PESO DURANTE EL EMBARAZO ADOLESCENTE, DE ACUERDO AL PESO PREVIO AL EMBARAZO

Peso en el momento del embarazo	Ganancia total de peso (libras)		Velocidad de ganancia de peso en 2do y 3er trimestre
	Rango	Ganancia de peso en embarazos múltiples	Promedio en libras por semana
Bajo peso	28 a 40		1 lb./ semana (rango 1 a 1.13)
Peso normal	25 a 35	37 a 55	1 lb./semana (rango 0.8 a 1)
Sobrepeso	15 a 25	30 a 50	0.6 lb./ semana (rango 0.5 a 0.7)
Obesidad	11 a 20	24 a 42	0,5 lb./semana /rango 0.4 a 0.6)

El control prenatal permite valorar el estado de salud y nutrición de la mujer, y detectar tempranamente posibles complicaciones

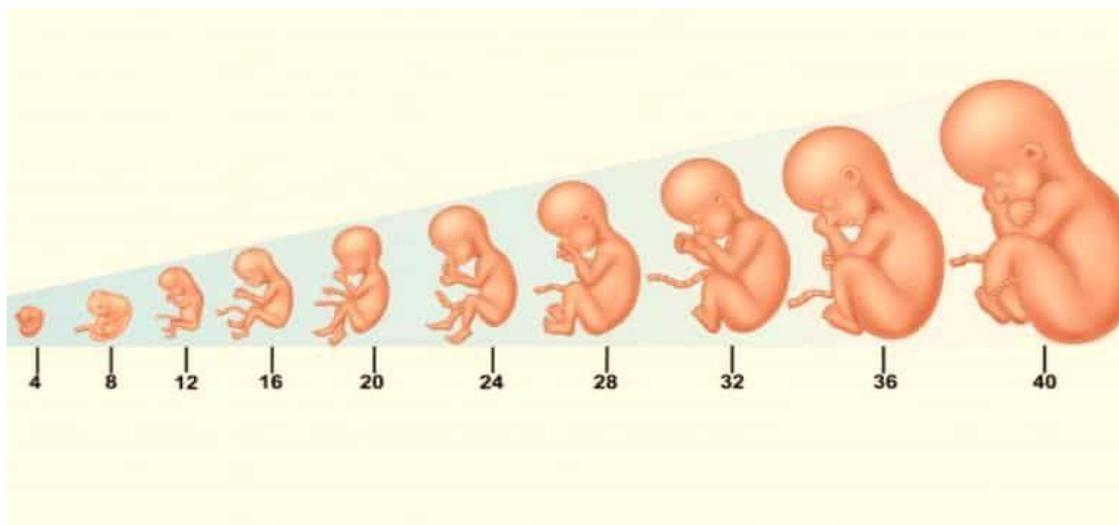
CONTROLES NECESARIOS

Los controles se realizan una vez por mes hasta la semana 32 (octavo mes), cada 15 días entre la semana 33 y la semana 36, y una vez por semana a partir de la semana 37.

SITUACIONES QUE EXIGEN UNA CONSULTA MÉDICA URGENTE



EL TAMAÑO DE TU BEBE SEGÚN LAS SEMANAS DE GESTACION



SE PUEDE EVITAR TENER UN BEBE BAJO PESO O PREMATURO

Un bebé prematuro es aquel que nace antes de las 37 semanas de gestación. Dependiendo del momento del nacimiento, puede que determinados órganos y sistemas no hayan terminado de desarrollarse por completo. Por ello, suele necesitar cuidados especiales y, en algunos casos, puede presentar algunas complicaciones.



COMO EVITAR

**CONTROLES
ADECUADOS**

ALIMENTACION SANA

**NO FUMAR NI INGERIR
SUSTANCIAS NOCIVAS**

NIÑO SANO



LA NUTRICIÓN EN EL EMBARAZO ADOLESCENTE:

Grupos Alimentarios

Es provechoso prestar atención a las porciones diarias recomendadas de cada grupo alimentario. La mayoría de alimentos vienen con una etiqueta de nutrición le ayudará saber qué cantidad constituye una porción.

PROTEÍNA

Los expertos recomiendan 75 a 100 gramos de proteína cada día. La proteína afecta positivamente el crecimiento del tejido fetal, incluyendo el cerebro. También ayuda su tejido de seno y uterino crecer durante el embarazo, y juega un papel en su suministro de sangre aumentando.

Ejemplos de fuentes diarias de proteína:

2-3 porciones de carne (1 porción = aproximadamente 3 onzas/tamaño de una baraja de tarjetas)

Pescado o mariscos cocinados completamente

Hígado

Pollo

Carne magra

Cerdo



2-3 porciones de legumbres (1 porción = aproximadamente ½ taza)

Guisantes partidos

Frijoles colorados y alubias

Frijoles negros

Habichuelas blancas

Garbanzo



CALCIO

El requisito del calcio es casi 1000 miligramos durante el embarazo. El calcio ayuda su cuerpo reglamentar los fluidos, y ayuda construir los huesos y los brotes de diente de su bebé.

Ejemplos de fuentes diarias del calcio:

3-4 porciones de productos lácteos

Leche (1 porción = 1 taza)

Huevos (1 porción = 1 huevo grande)

Yogur (1 porción = 1 taza)

Queso pasteurizado (1 porción = aproximadamente 1.5 onzas o 4 dados apilados juntos)



EL HIERRO

En combinación con el sodio, el potasio, y la agua, el hierro ayuda a aumentar su volumen de sangre y previene la anemia. Una ingestión diaria de 27 miligramos es ideal durante el embarazo.

Ejemplos de las fuentes diarias del hierro:

2-3 porciones de vegetales de hojas verdes (1 porción = aproximadamente 1 taza)

Col nabo

Arvejas

Las espinacas

Lechuga

Acelga, brocoli



3 porciones de granos completos (1 porción = aproximadamente ½ taza o una rebanada)

Pan

Harina de maíz

Cereales

Harina de avena

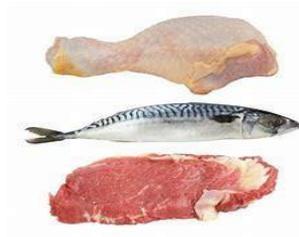


2-3 porciones de proteína magra (1 porción = aproximadamente 3 onzas/pedazo de una baraja de tarjetas)

Res

Mariscos

Aves de corral



ÁCIDO FÓLICO

Reduce el riesgo de defectos de los tubos neurales, incluyendo espina bífida, se recomiendan 600 a 800 microgramos diario.

Ejemplos de las fuentes diarias del folato:

2 porciones de vegetales de hojas verdes oscuras (1 porción = aproximadamente 1 taza)

Col

Arvejas

La espinaca

la lechuga

La col



2-3 porciones de fruta (1 porción = aproximadamente ½ taza)

Naranja

Fresa

Limón

Mango

Tomate

Toronja

El kiwi

Melón



3 porciones de grano completo (1 porción = aproximadamente ½ taza o 1 rebanada)

Pan

Harina de maíz

Cereales

Harina de avena



2 porciones de legumbres (1 porción = aproximadamente ½ taza)

lenteja

Frijoles negros

Habas

Frijoles

Garbanzos



VITAMINA C

Las frutas y vegetales rico en vitamina C promoverá la recuperación de las heridas, el desarrollo de los dientes y los huesos, y los procesos metabólicos. Los expertos recomiendan al menos 85 miligramos cada día.

Ejemplos de las fuentes diarias de Vitamina C:

3 porciones de las frutas o vegetales (1 porción = aproximadamente ½ taza)

Naranja

Fresa

Limón

Mango

Tomate

Toronja

Kiwi

Melón

Papa

Pimientos



OTROS ASUNTOS NUTRICIONALES

- ✓ Durante el embarazo, algunos alimentos pueden causar el daño al bebé asegúrese que todas carnes están cocinado completamente para evitar la exposición a la toxoplasmosis, la salmonela, y otras bacterias dañosas.
- ✓ Elimine el humo de tabaco, uso de las drogas, y el consumo de alcohol de su dieta.
- ✓ Reduzca o elimine bebidas cafeinadas (soda, café) de su ingestión diaria, y mantenga un programa razonable del ejercicio a través de su embarazo.
- ✓ Caminando o nadando están considerado actividades sanas durante el embarazo.



PRACTICAS INTEGRALES DEL PARTO Y LACTANCIA

QUE HACER AL MOMENTO DEL PARTO

- Pinzamiento oportuno del cordón umbilical: cuando han cesado sus pulsaciones, que coincide con dos a tres minutos luego del nacimiento del bebé.
- Contacto inmediato piel a piel o apego precoz entre la madre y su hija o hijo. acercamiento físico desde el nacimiento, mientras se pinza y se corta el cordón y posteriormente.



- Inicio temprano de la lactancia exclusiva o lactancia precoz. durante la primera hora de vida, luego del parto.



NECESIDADES NUTRICIONALES EN LA LACTANCIA

La lactancia es el primer periodo de la vida y comprende varios meses durante los cuales el recién nacido se alimenta sólo de leche, la cual le aporta todos los nutrientes necesarios para su normal desarrollo.

La composición de la leche varía durante la lactancia. Cuando el parto se produce a término, durante los 4-7 días después del mismo se secreta el calostro, de color amarillo por su contenido en carotenoides con una alta concentración de lípidos y lactosa, y menor de proteínas y minerales. Entre los días 7 y 21 tras el parto se secreta la leche de transición y a partir de entonces la leche madura, cuya composición permanece estable el resto de la lactancia.



Lactancia materna



La lactancia materna es el alimento ideal del bebé, pues le brinda todos los nutrientes para un crecimiento y desarrollo saludables.



Debe comenzar en la primera hora de vida



Debe ser exclusiva durante los primeros seis meses



Debe hacerse "a demanda", siempre que el niño lo pida

Es una etapa en la que, por una parte, normalmente la madre debe perder peso y recuperar el peso anterior al embarazo, pero, por otra, debe mantener las necesidades nutricionales para conseguir una buena lactancia.

La calidad de la leche materna dependerá de la nutrición materna, el número de veces y la fuerza de la succión del niño y la edad gestacional en el momento del parto.



El estado nutricional del lactante alimentado exclusivamente de leche materna está determinado por tres factores: los depósitos de nutrientes acumulados durante la vida intrauterina, la cantidad y biodisponibilidad de los nutrientes aportados por la leche y los factores genéticos y ambientales que modulan la eficiencia en la utilización de estos nutrientes

POSICIONES DE LACTANCIA



CONCLUSIONES

- Se evidencia que existe una relación estrecha entre los factores sociodemográficos y obstétricos de las madres adolescentes y el estado nutricional de los neonatos determinándose en esta investigación como factores más incidentes se encontró la edad temprana de las adolescentes entre 10 y 14 años, el no tener una pareja estable, el número de controles prenatales no optimo, infecciones durante el embarazo, preeclampsia y la prematuridad se asocian con mayor riesgo de un bajo peso al nacer. Estos resultados confirman nuestra hipótesis planteada.
- El estado nutricional del neonato hoy en día se considera un factor de riesgo y un problema de salud pública cuando su peso al nacer es menor a 2500g se identificó en este estudio un 20.6% de neonatos bajo peso, por lo cual debe ser necesario actuar con prioridad en la atención de esta población tanto a madres como sus hijos, por su vulnerabilidad psicológica, económica y social. Lamentablemente, en la práctica, las actividades se reducen a la consulta prenatal, con un tiempo limitado que no permiten brindar información adecuada, por eso la necesidad de una guía de fácil entendimiento. La educación nutricional, la complementación alimentaria, la suplementación de micronutrientes, especialmente ácido fólico, hierro y calcio y la vigilancia del peso materno, antes, durante y después de la gestación han demostrado ser efectivas en la atención a este grupo de población.
- Los factores de riesgo obstétricos deben ser identificados a tiempo para evitar complicaciones, en esta investigación al analizar este fenómeno por grupos de edad materna, un peso menor a 2500g se presentó en el 50.0% de neonatos provenientes de madres entre 10 a 14 años, en cambio el bajo peso al nacer fue del 19.5% en neonatos de madres entre 15 y 19 años, evidenciándose que a menor edad mayor riesgo de un neonato con bajo peso al nacer.
- La intervención de riesgos debe acompañarse de la comprensión del contexto sociocultural, psicológico, alimentario y nutricional, de tal manera que se implementen

estrategias contextualizadas y ajustadas a las necesidades de las embarazadas y sus familias.

- El Ministerio de Salud Pública en conjunto con el Hospital Vicente Corral Moscoso siendo esta una casa de salud de referencia para el Austro, deben garantizar la atención oportuna y con calidad a la mujer en etapa de gestación, a las niñas, adolescentes y mujeres en edad reproductiva, solo así se logrará romper el ciclo de la desnutrición madre-hijo.

RECOMENDACIONES

La nutrición infantil hoy en día es un tema que debe ser tomado muy en cuenta en todo el país, y en la ciudad de Cuenca de igual manera requiere intervención inmediata ya que los índices de desnutrición son elevados y el embarazo en adolescentes es un problema de salud pública que en la presente investigación se obtuvieron resultados que se evidencia que las madres adolescentes que viven en la zona rural no tienen una pareja estable presentan controles prenatales menores a 5 por embarazo, diagnosticadas de preeclampsia, y presentaron partos prematuros fueron los principales factores asociados a una desnutrición infantil. Como se sabe los primeros 1000 días de vida que inician desde la concepción son cruciales para determinar el desarrollo y crecimiento adecuado.

Para futuras investigaciones como recomendación sería intervenir en la madre adolescente desde el primer control, llevar un seguimiento de prevención de patologías asociadas y ayudar a llevar una dieta equilibrada para su etapa gestacional. Profundizar estudios que tengan relevancia con el tema investigado, por lo que los resultados obtenidos han sido de gran relevancia.

Continuar con una guía y asesoramiento nutricional si bien es cierto que la pandemia ha planteado enormes desafíos para el logro universal de la salud sexual y reproductiva, también podría representar una oportunidad para avanzar en algunas áreas por medio de soluciones innovadoras para llevar información y servicios a las comunidades rurales con el uso de medios digitales, o bien para hacer frente de mejor manera a los determinantes económicos de la salud sexual y reproductiva.

GLOSARIO

Adolescente: se define como el periodo acontecido entre los 10 y los 19 años, caracterizado por cambios físicos, psicológicos, emocionales y sociales cuya consecución y resolución finalizará con la entrada del adolescente en la vida adulta.(REAL ACADEMIA ESPAÑOLA, n.d.)

Bajo peso al nacer: se define como un peso al nacer inferior a 2500 g

Estado nutricional: resultado del balance entre las necesidades y el gasto de energía alimentaria y otros nutrientes esenciales, y secundariamente, el resultado de una gran cantidad de determinantes en un espacio dado representado por factores físicos, genéticos, biológicos, culturales, psico-socio-económicos y ambientales.(UNICEF, n.d.)

Embrionario: del embrión o relacionada con él, “la fase embrionaria se inicia cuando el óvulo es fecundado”

Factores de riesgo: cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión.

Prematuro: nacimiento que se produce antes de las 37 semanas de gestación.

Multiparidad: corresponde aquella condición por la cual la gestante ha tenido 2 o más partos.

Neonato: se denomina al recién nacido, el periodo neonatal comprende las primeras 4 semanas de vida de un bebé.

Nuliparidad: mujer que nunca ha llegado a término un embarazo.

Restricción de crecimiento: afección en la que un bebe no alcanza el peso normal durante el embarazo.

BIBLIOGRAFÍA

- Alonso Uría, R. M., Rodríguez Alonso, B., Yanes Morales, C. D., & Castillo Isaac, E. (2018). Characterization of underweight neonate of adolescent mother. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 44(1), 1–10.
- Alvear, C. A. E. (2018). *Factores sociodemográficos y gestacionales asociados a bajo peso al nacer, Hospital "Vicente Corral Moscoso". Cuenca, 2018. Proyecto.* <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/42226>
- Ashorn, P., Hallamaa, L., Allen, L. H., Ashorn, U., Chandrasiri, U., Deitchler, M., Doyle, R., Harjunmaa, U., Jorgensen, J. M., Kamiza, S., Klein, N., Maleta, K., Nkhoma, M., Oaks, B. M., Poelman, B., Rogerson, S. J., Stewart, C. P., Zeilani, M., & Dewey, K. G. (2018). Co-causation of reduced newborn size by maternal undernutrition, infections, and inflammation. *Maternal and Child Nutrition*, 14(3), 1–10. <https://doi.org/10.1111/mcn.12585>
- Bucheli, A., Illapa, M., Msabanda, M., Sobrino, S., Guijarro, S., Barragán, C., Álvares, M., Alvarado, D., & Larco, M. (2018). Política Intersectorial De Prevención Del Embarazo En Niñas Y Adolescentes. *Ministerio de Salud Pública*, 1, 1–35. https://educacion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2018/10/politica_intersectorial_de_prevencion_del_embarazo_en_ninas_y_adolescentes.pdf
- Bucheli, Lucía MSP; Guijarro, Susana MSP; Masabanda, M. M. (2018). *POLÍTICA INTERSECTORIAL DE PREVENCIÓN DEL EMBARAZO EN NIÑAS Y ADOLESCENTES Ecuador 2018 -2025*. 53. [https://ecuador.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Politica_Interseccional %282%29.pdf](https://ecuador.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Politica_Interseccional%282%29.pdf)
- Campero Ariana, S. E. G. A. E. V. P. S. L. L. (n.d.). *Plan Andino De Prevencion Y Reducción Del Embarazo En Adolescentes 2017-2022*.
- Castro-Delgado, Ó. E., Salas-Delgado, Í., Acosta-Argoty, F. A., Delgado-Noguera, M., & Calvache, J. A. (2016). Muy bajo y extremo bajo peso al nacer. In *Pediatría* (Vol. 49, Issue 1, pp. 23–30). Elsevier Doyma. <https://doi.org/10.1016/j.rcpe.2016.02.002>
- Cazar Jorge. (2011). Estado Nutricional del Recien Nacido y Factores de Riesgo en Adolescentes Embarazadas de 10 a 19 años. *Revista Medica JCA IESS*.
- Chandra-Mouli, V., Svanemyr, J., Amin, A., Fogstad, H., Say, L., Girard, F., & Temmerman, M. (2015). Twenty years after international conference on population and development: Where are we with adolescent sexual and reproductive health and rights? *Journal of Adolescent Health*, 56(1), S1–S6. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2014.09.015>
- Cordero Xavier, S. (2018). 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. *Rev Ecuat*, 19(1), 18–24.

- Cordoba A, & Niño I. (2019). *FACTORES DE RIESGO OBSTÉTRICO, CLÍNICO Y PUERPERIO EN EL EMBARAZO EN MUJERES EN EDAD FÉRTIL*.
- Dorta, E., Molina, J., García-Fernández, J. A., & Serra, L. (2004). Gestación adolescente y su repercusión en el recién nacido. Estudio de casos y controles. *Clínica e Investigación En Ginecología y Obstetricia*, 31(4), 118–123. [https://doi.org/10.1016/s0210-573x\(04\)77316-5](https://doi.org/10.1016/s0210-573x(04)77316-5)
- Fay, D. L. (2016). INEC. Estadísticas vitales. *Angewandte Chemie International Edition*, 6(11), 951–952. <https://www.ecuadorencifras.gob.ec/nacidos-vivos-y-defunciones-fetales/>
- Ganchimeg, T., Ota, E., Morisaki, N., Laopaiboon, M., Lumbiganon, P., Zhang, J., Yamdamsuren, B., Temmerman, M., Say, L., Tunçalp, Ö., Vogel, J. P., Souza, J. P., Mori, R., & WHO Multicountry Survey on Maternal Newborn Health Research Network. (2014). Pregnancy and childbirth outcomes among adolescent mothers: a World Health Organization multicountry study. *BJOG : An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 121 Suppl, 40–48. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.12630>
- García Alberca, M. I. (2019). Valoración del estado nutricional de recién nacidos por el método de Metcuff. *Revista Científica Ágora*, 6(1), e6. <https://doi.org/10.21679/arc.v6i1.127>
- He, Z., Bishwajit, G., Yaya, S., Cheng, Z., Zou, D., & Zhou, Y. (2018a). Prevalence of low birth weight and its association with maternal body weight status in selected countries in Africa: A cross-sectional study. *BMJ Open*, 8(8), 1–8. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-020410>
- He, Z., Bishwajit, G., Yaya, S., Cheng, Z., Zou, D., & Zhou, Y. (2018b). Prevalence of low birth weight and its association with maternal body weight status in selected countries in Africa: A cross-sectional study. *BMJ Open*, 8(8). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-020410>
- Hernández-Higareda, S., Pérez-Pérez, O. A., Balderas-Peña, L. M. A., Martínez-Herrera, B. E., Salcedo-Rocha, A. L., & Ramírez-Conchas, R. E. (2017). Enfermedades metabólicas maternas asociadas a sobrepeso y obesidad pregestacional en mujeres mexicanas que cursan con embarazo de alto riesgo. *Cirugía y Cirujanos (English Edition)*, 85(4), 292–298. <https://doi.org/10.1016/j.circir.2016.10.004>
- INEC. (2020a). *Registro Estadístico de Defunciones Fetales, 2019*. 6.
- INEC. (2020b). *Registro Estadístico de Nacidos Vivos y Defunciones*.
- Leiva Parra, E. J., Leiva Herrada, C. H., & Leiva Parra, D. E. (2018). El recién nacido de madre adolescente. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 83(6), 559–566. <https://doi.org/10.4067/s0717-75262018000600559>
- Maria Martínez Lorente, A. (n.d.). *Jornada salud perinatal 2014. Alimentación en el embarazo, puerperio y lactancia*.
- Martin, A. (2014). *VALORACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL DEL RECIÉN NACIDO PREMATURO*.
- Mendoza T, L. A., Arias G, M., & Mendoza T, L. I. (2012). Hijo de madre adolescente: riesgos, morbilidad y mortalidad neonatal. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 77(5), 375–382. <https://doi.org/10.4067/s0717-75262012000500008>

- Ministerio de Salud Pública, Ministerio de Educación, Ministerio de Inclusión Económica y Social, Ministerio de Justicia, UNFPA, & OPS. (2018). Política Intersectorial De Prevención Del Embarazo En Niñas Y Adolescentes. *Ministerio de Salud Pública*, 1, 1–35.
https://educacion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2018/10/politica_intersectorial_de_prevencion_del_embarazo_en_ninas_y_adolescentes.pdf
- NICHD Español. (n.d.). *¿Cuáles son los factores que generan riesgo para el embarazo? | NICHD Español*. Retrieved July 2, 2022, from <https://espanol.nichd.nih.gov/salud/temas/high-risk/informacion/factores>
- OMS. (2017). Metas mundiales de nutrición 2025. Documento normativo sobre bajo peso al nacer. *Documento Normativo Sobre Bajo Peso al Nacer*, 3, 8. <https://doi.org/Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. 5>
- OMS OPS. (2018). *Indicadores basicos Situacion de Salud en las Americas*.
https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49511/IndicadoresBasicos2018_spa.pdf?sequence=2&isAllowed=y
- Pacce, S., Saure, C., Mazza, C. S., Garcia, S., Tomzig, R. G., Lopez, A. P., Ribarola, L., & Krochick, G. A. (2016). Impact of maternal nutritional status before and during pregnancy on neonatal body composition: A cross-sectional study. *Diabetes and Metabolic Syndrome: Clinical Research and Reviews*, 10(1), S7–S12. <https://doi.org/10.1016/j.dsx.2015.08.015>
- Paisán Grisolí, L., Sota Busselo, I., & Muga Zurriarán Imaz Murgiondo Hospital Donostia San Sebastián, O. M. (2008). *El recién nacido de bajo peso*. www.aeped.es/protocolos/
- Peña Americo, P. W. (2011). Impacto materno y neonatal del embarazo en la adolescencia. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, 57(1), 43–48. <https://doi.org/10.31403/rpgo.v57i205>
- Peraza Roque, G. J., de La C. Pérez Delgado, S., & de Los A. Figueroa Barreto, Z. (2001). Factores asociados al bajo peso al nacer. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 17(5), 490–496.
- REAL ACADEMIA ESPAÑOLA. (n.d.). *Modo de cita | Diccionario de la lengua española | Edición del Tricentenario*. Retrieved June 28, 2022, from <https://dle.rae.es/contenido/cita>
- Restrepo-Mesa, S. L., López, N. Z., Sosa, B. E. P., Vásquez, L. E. E., & Atalah, E. (2014). Embarazo adolescente: Características maternas y su asociación con el peso al nacer del neonato. *Archivos Latinoamericanos de Nutricion*, 64(2), 99–107.
- Rojas, D. C. J. (2019). *Asociación entre anemia materna y bajo peso del recién nacidos en el Hospital Vicente Corral Moscoso 2018*. 1–55.
- Sarmiento, Z., López, O., & Julio, O. (2020). *Revista Salud Pública y Nutrición*.
- Strobino, D. M., Ensminger, M. E., Kim, Y. J., & Nanda, J. (1995). Mechanisms for Maternal Age Differences in Birth Weight. *American Journal of Epidemiology*, 142(5), 504–514.
<https://doi.org/10.1093/OXFORDJOURNALS.AJE.A117668>
- UNICEF. (n.d.). *UNICEF - El objetivo: reducir la mortalidad infantil*. Retrieved May 24, 2022, from <https://sites.unicef.org/spanish/mdg/childmortality.html>

UNICEF. (2014). *CRECER EMBARAZO*. www.unicef.org/ecuador

Unicef. (2020). *Consecuencias socioeconómicas del embarazo en adolescencia en Ecuador*. 31.

WHO/NMH/NHD. (2017). *Metas mundiales de nutrición 2025*.

file:///C:/Users/Usuario/Downloads/WHO_NMH_NHD_14.5_spa.pdf

ABSTRACT

📎 1 🔍 ⌵ 🏠



JAIME RAMIRO SILVA VERDEZOTO
Para: NATALIA PAULINA ESCANDON CALLE
CC: Centro de Idiomas

😊 ↩️ ⏪ ⏩ ⋮

Jue 10/11/2022 6:33

👍 1

 ABSTRACT NATALIA PAULIN...
13 KB

Sírvase encontrar adjunto el documento solicitado.
Saludos.



NATALIA PAULINA ESCANDON CALLE
Muchas gracias.

Jue 10/11/2022 15:56



esPOCH

Dirección de Bibliotecas y
Recursos del Aprendizaje

**UNIDAD DE PROCESOS TÉCNICOS Y ANÁLISIS BIBLIOGRÁFICO Y
DOCUMENTAL**

REVISIÓN DE NORMAS TÉCNICAS, RESUMEN Y BIBLIOGRAFÍA

Fecha de entrega: 14 / 11 / 2022

INFORMACIÓN DEL AUTOR/A (S)
Nombres – Apellidos: <i>Natalia Paulina Escandón Calle</i>
INFORMACIÓN INSTITUCIONAL
<i>Instituto de Posgrado y Educación Continua</i>
Título a optar: <i>Magíster en Nutrición Infantil</i>
f. Analista de Biblioteca responsable: Lic. Luis Caminos Vargas Mgs.



FIRMADO ALICENCIADAMENTE POR:
LUIS ALBERTO
CAMINOS
VARGAS



0156-DBRA-UTP-IPEC-2022