



UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD. SEDE ARAGUA
POSTGRADO DE NEONATOLOGÍA INTEGRAL
HOSPITAL CENTRAL DE MARACAY



**FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A PREMATURIDAD EN RECIÉN
NACIDO HIJO DE MADRE ADOLESCENTE. SERVICIO DE
NEONATOLOGÍA. HOSPITAL CENTRAL DE MARACAY. MAYO-
AGOSTO 2016.**

Proyecto de Grado para optar al Título de Especialista en Neonatología Integral.
Presentado por:

Autor: Maylil G. Delgado B.
CI: 17.353.549

Maracay, Noviembre 2016



UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD. SEDE ARAGUA
POSTGRADO DE NEONATOLOGÍA INTEGRAL
HOSPITAL CENTRAL DE MARACAY



**FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A PREMATURIDAD EN RECIÉN
NACIDO HIJO DE MADRE ADOLESCENTE. SERVICIO DE
NEONATOLOGÍA. HOSPITAL CENTRAL DE MARACAY. MAYO-
AGOSTO 2016.**

Proyecto de Grado para optar al Título de Especialista en Neonatología Integral.
Presentado por:

Autor: Maylil G. Delgado B.
CI: 17.353.549

Maracay, Noviembre 2016



**UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD. SEDE ARAGUA
POSTGRADO DE NEONATOLOGÍA INTEGRAL
HOSPITAL CENTRAL DE MARACAY**



**FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A PREMATURIDAD EN RECIÉN
NACIDO HIJO DE MADRE ADOLESCENTE. SERVICIO DE
NEONATOLOGÍA. HOSPITAL CENTRAL DE MARACAY. MAYO-
AGOSTO 2016.**

Proyecto de Grado para optar al Título de Especialista en Neonatología Integral.
Presentado por:

Autor: Maylil G. Delgado B.
CI: 17.353.549

Maracay, Noviembre 2016



FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A PREMATURIDAD EN RECIÉN NACIDO HIJO DE MADRE ADOLESCENTE. SERVICIO DE NEONATOLOGÍA. HOSPITAL CENTRAL DE MARACAY. MAYO-AGOSTO 2016.

Autor: Delgado M.

Tutor: Rivas Z.

Fecha Noviembre 2016

RESUMEN

Introducción: La adolescencia es definida por la organización mundial para la salud como el periodo de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y los 19 años. La procreación prematura aumenta el riesgo tanto para las madres como para los recién nacidos. **Objetivo:** Valorar los factores de riesgo asociados a prematuridad en recién nacido hijo de madre adolescente. Servicio de neonatología. Hospital central de Maracay. Mayo-agosto 2016. **Materiales y métodos:** El presente estudio es de tipo transversal, y descriptivo. La población fue conformada por 86 recién nacidos pre término hijos de madre adolescente en el servicio de Neonatología del Hospital Central de Maracay en un lapso de 4 meses, se realizó interrogatorio a las madres más la revisión de historia clínica. **Conclusión:** La mayoría de los prematuros predominante fueron de 34 – 36 semanas más 6 días, género femenino con un peso al nacer entre 1500 – 2499 gramos. En relación a los factores de riesgo perinatales la mayoría de la edad materna se encontró entre 18 – 19 años, predominando de 3 a 5 controles prenatales y la patología más frecuente fue infección vaginal y urinaria conjunta. En el prematuro predominó la patología infecciosa seguida de la respiratoria y las malformaciones congénitas.

Palabras claves: factores de riesgo, prematuridad, madre adolescente.



**ASSOCIATED RISK FACTORS IN NEWBORN SON PREMATUREITY
MOTHER TEENAGER. NEONATOLOGY SERVICE. MARACAY
CENTRAL HOSPITAL. MAY-AUGUST 2016.**

**Author: Delgado M.
Tutor: Rivas Z.**

Date: November 2016

SUMMARY

Introduction: Adolescence is defined by the world health organization as the period of human growth and development that occurs after childhood and before adulthood, between 10 and 19 years. Premature procreation increases the risk for both mothers and newborns. **Objective:** To assess the risk factors associated with prematurity in a newborn child of an adolescent mother. Neonatology Unit. Central Hospital of Maracay. May-August 2016. **Materials and methods:** The present study is cross-sectional, and descriptive. The population was formed by 86 preterm infants born to the adolescent mother in the Neonatology department of the Central Hospital of Maracay in a period of 4 months. The mothers were interviewed and the medical records were reviewed. **Conclusion:** The average gestational age was 33.7 weeks, while the average weight of preterm infants was 1867.9 grams. The female sex predominated. With regard to birth weight, the predominant majority was between 1500 - 2499 grams. The mean age of mothers of preterm infants was 17.4 years. The mean number of prenatal consultations was 4.1%. The most important pathology during pregnancy in adolescent mothers was predominantly urinary tract infection and vaginal infection.

Keywords: risk factors, prematurity, teenage mother

INTRODUCCIÓN

La adolescencia es definida por la organización mundial para la salud como el periodo de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y los 19 años. Se trata de una de las etapas de transición más importantes en la vida del ser humano, que se caracteriza por un ritmo acelerado de crecimiento y de cambios.¹

A nivel mundial, la prematuridad es la primera causa de mortalidad en los niños menores de 5 años. Se considera prematuro un bebé nacido vivo antes de que se hayan cumplido 37 semanas de gestación.²

La procreación prematura aumenta el riesgo tanto para las madres como para los recién nacidos. En los países de ingresos bajos y medianos, los bebés de madres menores de 20 años se enfrentan a un riesgo un 50% superior de mortalidad prenatal o de morir en las primeras semanas de vida que los bebés de mujeres de 20 a 29 años. Cuanto más joven sea la madre, mayor el riesgo para el bebé. Además, los recién nacidos de madres adolescentes tienen una mayor probabilidad de registrar peso bajo al nacer, con el consiguiente riesgo de efectos a largo plazo. Los bebés de madres adolescentes se enfrentan a un riesgo considerablemente superior de morir que los nacidos de mujeres de 20 a 24 años.

En las Estadísticas Sanitarias Mundiales 2014 se indica que la tasa media de natalidad mundial entre las adolescentes de 15 a 19 años es de 49 por 1000 adolescentes.³ La prevalencia del embarazo de adolescentes sigue siendo alta en América Latina y el Caribe, y aumenta rápidamente con la edad. En el período 2010-2013, la prevalencia del embarazo en las jóvenes varió entre 2% y 8% a los 15 años de edad, entre 9% y 39% a los 18 años, y entre 24% y 49% a los 19 años. Los países de la Región con tasas más elevadas de fecundidad en las adolescentes son Nicaragua, Honduras, Guatemala, Venezuela, República Dominicana y Guyana.⁴

En Venezuela nacen anualmente 100.000 niños de mujeres menores de 19 años de edad.⁵ Y se registra la tasa más alta en adolescentes embarazadas entre los países de Suramérica con 101 nacimientos por cada 1000 mujeres de 15 a 19 años.⁶ El bajo peso al nacimiento, es un síndrome heterogéneo que recibe influencias de diversos factores tanto ambientales como maternos; además es considerado un problema mundial de salud, que determina la probabilidad de vida de un recién nacido, así como su adecuado crecimiento y desarrollo.⁷

Estudios sobre el embarazo y la adolescencia, referente a factores biológicos maternos y perinatal más frecuentes, ha determinado que en las adolescentes predomina la obtención de recién nacidos con bajo peso, presentando además malnutrición por defecto, amenaza de partos pretérminos, hipertensión inducida por el embarazo, partos distócicos entre otros, siendo las complicaciones neonatales más frecuentes el bajo peso al nacer, el distrés respiratorio y la asfixia perinatal, presentando mayor morbilidad puerperal en las madres adolescentes y aumento en las tasas de mortalidad fetal tardía y neonatal precoz.⁸

En Venezuela ha ido aumentando sostenidamente el número de prematuros, coincidiendo con un repunte de embarazos adolescentes, constituyendo un problema de salud pública de gran impacto, tanto en la adolescente, la familia así como en la sociedad, por su relación con la mortalidad perinatal y morbilidad infantil.⁹

En relación al embarazo en Venezuela, del total de niños nacidos vivos registrados, el 18% fueron producto de madres menores de 19 años de edad, de estos el 96.32% de las madres de 15 a 19 años de edad y el 13.68% de las menores de 15 años de edad.¹⁰ La investigación delimitó los factores de riesgo asociados a prematuridad en madres adolescentes, considerando según el Departamento de registro y estadísticas de Salud del HCM que el número de nacimientos vivos para los meses de Mayo – Agosto fue

de 2.934 y de estos el 3% hijos de madre adolescentes con riesgo neonatal bajo o alto ingresaron al Servicio de Neonatología.¹¹

Este estudio se realizó con la finalidad de ampliar el conocimiento acerca de los factores de riesgo asociados a prematuridad en recién nacido hijo de madre adolescente. Es por ello que se propone como objetivo principal: Valorar los factores de riesgo asociados a prematuridad en recién nacido hijo de madre adolescente. Servicio de Neonatología. Hospital Central de Maracay. Mayo - Agosto 2016. Y objetivos específicos:

- Caracterizar a los prematuros hijos de madre adolescente según peso, edad gestacional y género.
- Describir los factores de riesgo perinatales del recién nacido prematuro y la madre adolescente.
- Identificar las patologías más frecuentes del recién nacido prematuro
- Relacionar la edad Ballard con factores de riesgo maternos y patologías del recién nacido más comunes.

MATERIALES Y MÉTODOS

El presente estudio es de tipo transversal y descriptivo. La población y muestra de esta investigación fue no probabilística ya que todos los sujetos de estudio tuvieron la misma oportunidad de formar parte de esta, y si cumplen con los criterios de inclusión y de exclusión diseñados para tal fin, los cuales son; criterios de inclusión: madres adolescentes entre 10 y 19 años de edad, recién nacidos prematuros, ambos género: masculino y femenino, menor de 37 semanas de gestación, parto vaginal y/o cesárea. Los criterios de exclusión son: Recién nacidos a término, pos término y el prematuro hijo de madres adulta. La población /muestra estuvo conformada por 86 madres adolescentes y 86 recién nacidos pre términos.

La técnica utilizada para alcanzar los hechos y extraer la información directamente de los acontecimientos, fue la historia clínica materna y neonatal, la cual permitió a la investigadora informar a la madre sobre el estudio y solicitar el consentimiento informado(aprobado) para así recolectar los datos en relación al recién nacido y los aspectos propios de la adolescente. Para la recolección de datos e información se realizó a través de un instrumento diseñado por la autora y validado a juicio de tres expertos, donde se obtuvo información de las historias clínicas, cargado en una base de datos en el programa Excel.

Para dar respuesta a los objetivos de la investigación y su procesamiento, la data recolectada de las historias clínicas, fue procesada por el paquete estadístico SPSS ver 19, permitiendo así el análisis de las frecuencias, porcentajes de las variables categorizadas, y las variables de tipo numérico. Los resultados se muestran en tablas de distribución de frecuencia.

Para el análisis estadístico se utilizaron frecuencias absolutas y porcentajes, la prueba de bondad de ajuste de chi cuadrado (χ^2). El nivel de significación que se fijó es de menos de 5% ($p < 0,05$) de error de azar, para la comprobación del predominio de alguna característica que fuera dominante con respecto a otras en la misma variable.

RESULTADOS

La edad por Ballard que predominó fue de 34 – 36 + 6 días en un 77,9% estadísticamente significativo con una ($p < 0,0001$) mientras que el peso promedio de los prematuros fue de 1867,9 gramos. Se dio una mayoría (77,9%) significativa ($p < 0,0001$) de edad gestacional de 34 a 36 semanas más 6 días, seguida por el grupo de 32 a 33 semanas más 6 días con 12,8%. El género femenino predominó 53,5% ($p < 0,52$), En relación al peso al nacer los recién nacidos de 1500 a 2499 gramos fue la mayoría predominante y significativa ($P < 0,0001$) pues constituyeron el 67,5%.

TABLA 1. Distribución de los prematuros según edad Ballard, género y peso al nacer.

EDAD BALLARD (SEMANAS + DÍAS)	F (%)*	Significación Estadística
MENOS DE 30	3 (3,4)	p < 0,0001
30 – 31 + 6	5 (5,8)	
32 – 33 + 6	11 (12,8)	
34 – 36 + 6	67 (77,9)	
GENERO		
FEMENINO	46 (53,5)	p < 0,52
MASCULINO	40 (46,5)	
PESO AL NACER (gr)		
MENOS DE 1000 (EXTREMO BAJO PESO)	4 (4,6)	p < 0,0001
1000 - 1499 (MUY BAJO PESO)	20 (23,3)	
1500 - 2499 (BAJO PESO)	58 (67,5)	
2500 (ADECUADO)	4 (4,6)	
TOTAL	86 (100,0)	

Fuente: Datos del autor 2016

La edad materna predominante de manera significativa el grupo de 18 a19 años para un 53,5%, (p < 0,0001). El número de consultas que predominó de 3 a 5 consultas prenatales, que constituye el mayor número de forma significativa (p < 0,03) en todos los grupos con un 46,5%. De la muestra de 86 madres 32,5% presentaron infección

vaginal y urinaria conjunta; el 17,4% infección vaginal y el 13,9% con rotura prematura de membrana.

TABLA 2. Distribución de la edad materna.

EDAD MATERNA (AÑOS)	F (%)	Significación Estadística
13 – 15	7 (8,1)	Chi² = 27,38 g.l. = 2; p < 0,0001
16 - 17	33 (38,4)	
18 – 19	46 (53,5)	
CONTROLES PRENATALES		
MENOS DE 3	20 (23,3)	Chi² = 7,28 g.l. = 2; p < 0,03
3 – 5	40 (46,5)	
MÁS DE 5	26 (30,2)	
TOTAL	86 (100)	
PATOLOGÍAS DURANTE EL EMBARAZO		
	F	%
INFECCIÓN URINARIA Y VAGINAL	28	(32,5)
INFECCIÓN VAGINAL	15	(17,4)
RPM	12	(13,9)
HIPERTENSIÓN ARTERIAL INDUCIDA POR EL EMBARAZO	7	(8,1)
OTROS	2	(2,3)
TOTAL	64	(74,4)*

Fuente: Datos del autor 2016. *Porcentaje en base a ochenta y seis madres adolescentes

**Rotura prematura de membrana.

En relación a las patologías de los 86 prematuros se observa el 37,2% fueron de origen infeccioso, el 32,5% respiratorias entre ellas síndrome de distrés respiratorio del pretérmino, taquipnea transitoria del recién nacido pretérmino, 20,9% malformaciones congénitas y el 9,3% otras patologías como metabólicas, crecimiento fetal restringido y asfixia perinatal.

TABLA 3. Distribución de los prematuros según patologías.

PATOLOGÍAS	F (%)*
INFECCIOSAS	32 (37,2)
RESPIRATORIAS	28 (32,5)
MALFORMACIONES CONGÉNITAS	18 (20,9)
OTRAS	8 (9,3)
TOTAL	86 (100,0)

Fuente: Datos del autor 2016.

En relación a la edad por Ballard y factor de riesgo control prenatal se observó que en el grupo de 34 – 36 semanas más 6 días el 46,3% predominó de 3 a 5 controles, seguido de 32,8% con más de 5 controles y un 20,9% menos de 3 controles. Asimismo del grupo de 32 - 33 semanas más 6 días predominó de 3 a 5 controles. Y el grupo de 30 – 31 semanas más 6 días en un 60% se observó menos de 3 controles prenatales.

TABLA 4. Distribución de los prematuros según edad Ballard y número de controles prenatales.

EDAD BALLARD (SEMANAS + 6 DÍAS)	MENOS DE TRES F (%)*	TRES A CINCO F (%)*	MAS DE CINCO F (%)*	TOTAL (%)
MENOS DE 30	1 (33,3)	1 (33,3)	1 (33,3)	3 (3,4)
30 – 31 + 6	3 (60 0)	1 (20,0)	1 (20,0)	5 (5,8)
32 – 33 + 6	2 (18,2)	7 (63,6)	2 (18,2)	11 (12,8)
34 – 36 + 6	14 (20,9)	31 (46,3)	22 (32,8)	67 (77,9)
TOTAL	20 (23,3)	40 (46,5)	36 (30,2)	86 (100,0)

Fuente: Datos del Autor 2016. *Porcentajes en base a subtotales horizontales.

De todas las madres adolescentes, 74,4% presentaron diferentes patologías. Del grupo de 34 – 36 semanas más 6 días predominó en 48,9% la infección urinaria y vaginal conjunta, sin embargo un 57,1% de estas patologías se presentó en el grupo de 32 a 33 semanas más 6 días. Para el grupo de 30 a 31 semanas más 6 días predominó en igual proporción un 40% para la rotura prematura de membrana e hipertensión arterial inducida por el embarazo. En los recién nacidos menos de 30 semanas predominó la rotura prematura de membranas 66,7%

EDAD BALLARD (SEMANAS + 6 DÍAS)	INFECCIÓN URINARIA Y VAGINAL F (%)*	INFECCIÓN VAGINAL F (%)*	RPM F (%)*	HTAIE F (%)*	OTRAS F (%)*	TOTAL (%)
MENOS DE 30	0 (0,0)	1 (33,3)	2 (66,7)	0 (0,0)	0 (0,0)	3 (4,7)
30 – 31 + 6	0 (0,0)	1 (20,0)	2 (40,0)	2 (40,0)	0 (0,0)	5 (7,8)
32 – 33 + 6	4 (57,1)	2 (28,6)	1 (14,3)	0 (0,0)	0 (0,0)	7 (10,9)
34 – 36 + 6	24 (48,9)	11 (22,4)	7 (14,3)	5 (10,2)	1 (4,1)	49 (76,6)
TOTAL	28 (43,8)	15 (23,4)	12 (18,8)	7 (10,9)	1 (3,1)	64 (100,0)**

Fuente: Datos del Autor 2016.* Porcentajes en base a sub totales horizontales.

Veintidós pacientes no presentaron patologías. * Hipertensión arterial inducida por el embarazo.

En el grupo de 34 – 36 semanas más 6 días predominaron las patologías infecciosas en un 40,3% seguido de patologías respiratorias en un 26,9%, y malformaciones congénitas 23,9%. En el grupo de 32 – 33 semanas más 6 días se observó 36,3% para patologías infecciosas y respiratorias. En el grupo de 30 – 31 semanas mas 6 días 80% patología respiratorias y en menores de 30 semanas predominó 66% patologías respiratorias.

TABLA 5. Distribución de los prematuros según edad Ballard y patologías presentadas.

EDAD BALLARD (SEMANAS + 6 DÍAS)	INFECCIOSAS RESPIRATORIAS		MC	OTRAS	TOTAL (%)
	F (%)*	F (%)*	F (%)*		
MENOS DE 30	0 (0,0)	1 (66,7)	1 (33,3)	0 (0,0)	3 (3,4)
30 – 31 + 6	1 (20,0)	1 (80,0)	0 (0 0)	0 (0,0)	5 (5,8)
32 – 33 + 6	4 (36,3)	1 (36,3)	1 (9,1)	2 (18,2)	11 (12,8)
34 – 36 + 6	27 (40,3)	8 (26,9)	16 (23,9)	6 (9,0)	67 (77,9)
TOTAL	32 (37,2)	18 (32,6)	18 (20,9)	8 (9,3)	86 (100,0)

Fuente: Datos del Autor 2016. *Porcentajes en base a sub totales horizontales.

**Malformaciones congénitas.

DISCUSIÓN

El embarazo en cualquier edad constituye un hecho biopsicosocial muy importante, pero la adolescencia conlleva a una serie de situaciones que pueden atentar tanto contra la salud de la madre como la del hijo, y constituirse en un problema de salud, que no debe ser considerado solamente en términos del presente, sino del futuro, por las complicaciones que acarrea.¹²

La edad materna predominante fue entre 18 y 19 años lo que concuerda con estudio realizado en Chile en donde la edad materna fue de 18 años, de igual manera a estudio realizado en Puerto Cabello Estado Carabobo con edad materna comprendida entre 17 y 19 años.¹³

Se evidencia que la edad Ballard más frecuente fue de 34 – 36 semanas más 6 días lo que concuerda con estudio realizado en Maracaibo Estado Zulia con un 79,5% de recién nacidos entre 34 – 36, igualmente un edad materna entre 17 – 19 años con predominio de embarazo mal controlado lo que coincide con esta investigación en donde se obtuvo el 46,5% de embarazos mal controlados.¹⁴ Con un peso dominante

en su mayoría 1,867 kg así como se concluyó en el estudio en Lima, Perú donde el peso predominante se ubicó entre 1500 gr y 2499gr.¹⁵

La patología más frecuente fue patología infecciosa y respiratoria en el recién nacido coincidiendo con estudio realizado en Colombia en donde la patología respiratoria se ubicó dentro de las principales.¹⁶

Las patologías hipertensivas abarcaron el 10,9% de todas las madres lo que corresponde al estudio realizado en Mexico en donde las patologías hipertensivas conformaron el 12,3%¹⁷

En esta investigación se concluyó que la mayoría de los prematuros predominante fueron de 34 – 36 semanas más 6 días, género femenino con un peso al nacer entre 1500 – 2499 gramos. En relación a los factores de riesgo perinatales la mayoría de la edad materna se encontró entre 18 – 19 años, predominando de 3 a 5 controles prenatales y la patología más frecuente fue infección vaginal y urinaria conjunta. En el prematuro predominó la patología infecciosa seguida de la respiratoria y las malformaciones congénitas.

Se recomienda cumplimiento de las políticas establecidas entre el Ministerio del Poder Popular para la Salud y el Ministerio del Poder Popular para la Educación como prevención del embarazo temprano, fortalecimiento familiar y educación sexual en el hogar, prevención y control de enfermedades en la adolescente a nivel de red de atención primaria en salud, manejo multidisciplinario a madres adolescentes, garantizar la permanencia de adolescentes en el sistema educativo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización mundial de la salud. Estrategia mundial para la salud, La mujer, el niño y el adolescente 2016 – 2030. Publicado 2015 http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/estrategia-mundial-mujer-nino-adolescente-2016-2030.pdf?ua=1
2. [Organización mundial de la Salud. Nacimientos Prematuros. Nota descriptiva N° 363 Noviembre 2015. http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs363/es/](http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs363/es/)
3. Organización mundial de la Salud. El embarazo en la adolescencia. Nota descriptiva N° 364. Septiembre 2014 <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs364/es/> Consultado Junio 2016
4. Organización Panamericana de la Salud. Eliminación de la transmisión materno infantil del VIH y la sífilis en las Américas: actualización del 2014. Washington, DC : OPS, 2014
5. Sileo E. Medicina del Adolescente en el Hospital de niños José Manuel de los Ríos de Caracas Abril 2016. <http://www.anm.org.ve/anm/cms>
6. Cabrera A, T. El Adolescente Venezolano del nuevo milenio y su perfil biopsicosocial. Bol. Hosp. Niños, J.M. de los Ríos. 2000. Disponible en:<<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=48707206>> ISSN 1405-2091
7. Organización Mundial de la Salud. Peso al nacer, alimentación infantil bases fisiológicas OMS/2010. 33 <http://www.slan.org.ve/libros/La-alimentaci%C3%B3n-del-lactante-y-del-nino-pequeno.pdf>
8. Vasquez A. et al. Embarazo y adolescencia: Factores biológicos materno y perinatal mas frecuentes. Revista cubana de Obstetricia y Ginecología 2001. versión On-line ISSN 1561-3062 Consultada Julio 2016
9. Sileo, E. Adolescencia y Embarazo. Bol. Hosp. Niños, J.M de los Ríos. 36 (3): 2000. 16-17.

10. Lázaro L. Las escuelas ante el embarazo adolescente. 2015 Disponible en www.salutia.com (Consultado el 25 Junio 2016).
11. Oficina central de estadística e informática 2015. HCM
12. Molina M, Calvo P, Varas J, Entorno psicosocial en madres adolescente y embarazo precoz. Rev Obst Gin Hosp Santiago Oriente Dr. Luis Tisné Brousse 2007 Vol 2 (2) 178 – 180
http://www.revistaobgin.cl/files/pdf/articulo_especial_178a1800.pdf
13. León P, Minassian M. Patologías en embarazo adolescente. Revista electrónica pediátrica. Universidad de Chile 2000.
14. Cluet I. Factores de riesgo asociados a la prematuridad en recién nacidos de madres adolescentes Vol. 73, N° 3, septiembre 2013 157 Rev Obstet Ginecol Venezolana 2013;73(3):157-170
15. Archivos venezolanos de Puericultura y Pediatría vol 71 2008 (2) 34-41
16. Doig J. Indicadores perinatales en hijos de madres adolescentes. Instituto Especializado materno perinatal durante el año 2013. Lima – Perú. Rev Peruana de Pediatría 2006. P 3-6
17. Mendoza L. A. Hijo de madre adolescente: Riesgos, morbilidad y mortalidad neonatal. Hospital San José de Buja Colombia. Revista chilena de Ginecología y Obstetricia 2012 77(5)
18. Lira J, Causas de nacimiento pretermino entre madres adolescentes. Ginecología y obstetricia Mexico 2007; 75 17-23.
19. Ahued AJR, Lira PJ, Simon PLA. La adolescente embarazada. Un problema de salud pública. 2001; 69:300-3.



INSTRUMENTO RECOLECTOR DE DATOS

Parte I. Datos de identificación

Nombre de la madre: _____ Fecha de Ingreso _____ Área neonatal _____

Parte II Factores de riesgo perinatal (Madre / Hijo)

2.1 Edad materna: Bajo Riesgo: 15-19a. _____ Alto Riesgo: ≤ 15 a. _____

2.2 Datos obstétricos

2.2.1 Control prenatal. Bajo riesgo > 5 controles _____ Alto riesgo < 5 controles.

2.2.3 Edad gestacional al momento del nacimiento: _____

2.3 Patologías Durante el Embarazo

2.3.1 Sin Patología _____

2.3.2 Con Patología: Hipertensión Arterial _____ Preeclampsia _____ Anemia _____ Diabetes _____
Infección Cérvico - Vaginal _____ Infección Urinaria _____

2.4 Vía de Obtención

2.4.1 Vía de Obtención: Cesárea _____ Vaginal _____

2.5 Recién nacido

2.5.1 Peso del recién nacido

EBP: < 1.000 g _____ MBP: $1.000 - 1.499$ g _____ BP: $1.500 - 2.499$ g _____

2.5.2 Edad por Ballard _____

Parte III Patologías del recién nacido prematuro.

3. Patologías:

Infecciosas: _____ Cual? _____ Congénitas _____ Cual? _____

Respiratorias: _____ Cual? _____

Metabólicas: _____ Cual? _____