



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

ÁREA DE LA SALUD HUMANA

CARRERA DE MEDICINA HUMANA

TÍTULO

**“CONDICIONES DEL RECIÉN NACIDO DE
MADRES ADOLESCENTES EN EL HOSPITAL DE
PASAJE EN EL PERIODO 2013-2015”**

TESIS PREVIA A LA OBTENCIÓN
DEL TÍTULO DE MÉDICO GENERAL

Autora:

Karla Noemí Pardo León

Directora:

Dra. Marlene Elizabeth Heras Reyes, Esp.

LOJA - ECUADOR

2016



CERTIFICACIÓN

Dra. Marlene Elizabeth Heras Reyes, Esp.

DIRECTORA DE TESIS

CERTIFICA:

Que el presente trabajo de Tesis, previo a la obtención del Título de MÉDICO GENERAL, sobre el Tema: **“CONDICIONES DEL RECIÉN NACIDO DE MADRES ADOLESCENTES EN EL HOSPITAL DE PASAJE EN EL PERIODO 2013-2015”**, De autoría de la Srta. Karla Noemí Pardo León, ha sido orientada, dirigida y revisada bajo mi dirección; por lo tanto autorizo su presentación, sustentación y defensa de grado.

Pasaje: 13 de Diciembre del 2016

Atentamente:



Dra. Marlene Elizabeth Heras Reyes, Esp.

DIRECTORA DE TESIS

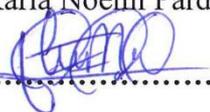
AUTORÍA

Yo, Karla Noemí Pardo León , egresada de la Carrera de Medicina, perteneciente al Área de Salud Humana de la Universidad Nacional de Loja, declaro bajo juramento que el presente trabajo de grado **“CONDICIONES DEL RECIÉN NACIDO DE MADRES ADOLESCENTES EN EL HOSPITAL DE PASAJE EN EL PERIODO 2013-2015”**, es de autoría propia y no ha sido previamente presentado para ningún grado y calificación profesional, además he consultado las referencias bibliográficas que se incluyen en este documento, como tal será protegido por las leyes establecidas por el Estado Ecuatoriano de derecho tal como se establecen en los artículos 1, 2, 3, 4, 5, 6 y 7 de la ley de propiedad intelectual.

Por lo tanto la falta de permisos correspondientes o su mal uso serán penalizados por la ley; así mismo se asume todas las consideraciones y responsabilidades que correspondan al mismo.

Adicionalmente acepto y autorizo a la Universidad Nacional de Loja, la publicación de mi tesis en el Repositorio Institucional – Biblioteca Virtual.

Autora: Karla Noemí Pardo León

Firma:.....

Cédula: 1105215550

Fecha: 13 de diciembre de 2016

CARTA DE AUTORIZACIÓN

Yo, Karla Noemí Pardo León declaro ser autora de la tesis titulada: “CONDICIONES DEL RECIÉN NACIDO DE MADRES ADOLESCENTES EN EL HOSPITAL DE PASAJE EN EL PERIODO 2013-2015”; como requisito para optar el grado de MEDICA GENERAL; autorizo al Sistema Bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja para que con fines académicos muestre al mundo la producción intelectual de la Universidad, a través de la visibilidad de su contenido de la siguiente manera en el repositorio Digital Institucional.

Los usuarios pueden consultar el contenido de este trabajo en el RDI, en las redes de información del país y del exterior, con las cuales tenga convenio la universidad.

La Universidad Nacional de Loja no se responsabiliza por el plagio o copia de la tesis que realice un tercero.

Para constancia de esta autorización, en la ciudad de Loja a los 13 días del mes de diciembre del dos mil dieciséis.

Firma:



Autora: Karla Noemí Pardo León.

Cedula: 1105215550

Dirección: San Martín de Porres y Santa Mariana de Jesús

Correo electrónico: k_litanoemi@hotmail.com

Celular: 0997623356

DATOS COMPLEMENTARIOS

Directora de Tesis: Dra. Marlene Elizabeth Heras Reyes, Esp.

Tribunal de Grado:

Presidenta: Dra. Natasha Ivannova Samaniego Luna, Esp.

Vocal: Dr. Cristian Alfonso Galarza Sánchez, Esp.

Vocal: Dr. German Alejandro Vélez Reyes, Esp.

DEDICATORIA

Es un largo recorrido hasta llegar al final y alcanzar la meta, el presente trabajo va dedicado en primer lugar a mi padre celestial por sostenerme siempre y ser mi fortaleza,

Con todo mi amor y cariño a mi querida madre Nancy gracias por tu sacrificio y esfuerzo, por el apoyo incondicional, por creer en mí y siempre motivarme.

A mis hermanos Gabriela y familia, Katherine, Karol, David y Angye quienes con sus palabras de aliento no me dejaban decaer para que siguiera adelante y siempre sea perseverante y cumpla mis anhelos.

A la Familia Moreno León quienes me brindaron su apoyo incondicional y estuvieron a lo largo de este hermoso camino.

Y a mis consentidos Arnoldo y Bianco.

Karla Noemí Pardo León

AUTORA

AGRADECIMIENTO

Agradezco en primer lugar a Dios por permitirme culminar una meta más en mi vida y ser mi pilar fundamental.

Mi agradecimiento a la Universidad Nacional de Loja, a los docentes que laboran en la Facultad de Medicina del Área de la Salud Humana, al Hospital San Vicente De Paúl que contribuyo para la realización y culminación de mi tesis.

De manera especial a la Dra. Marlene Elizabeth Reyes Heras, por su dirección, cooperación y asistencia durante el trabajo investigativo.

Agradeciendo a mi familia y amigos por su apoyo incondicional durante este tiempo.

Karla Noemí Pardo León

AUTORA

ÍNDICE DE CONTENIDO

PORTADA.....	i
CERTIFICACIÓN	ii
AUTORÍA.....	iii
CARTA DE AUTORIZACIÓN.....	iv
DEDICATORIA	v
AGRADECIMIENTO	vi
ÍNDICE DE CONTENIDO	vii
1. TITULO	1
2. RESUMEN.....	2
ABSTRACT	3
3. INTRODUCCIÓN	4
4. REVISIÓN DE LA LITERATURA	7
4.1. ADOLESCENCIA.....	7
4.1.1. Primera definición de adolescencia.....	7
4.1.2. Concepto de Adolescencia en el pasado:	7
4.1.3. La adolescencia en la sociedad actual.....	8
4.2. CLASIFICACIÓN DE LA ADOLESCENCIA.....	8
4.2.1. Clasificación de la adolescencia por la UNICEF.....	8
4.2.2. Clasificación según varios autores.....	9
4.2.3. Repercusiones físicas y emocionales de la adolescencia	10
4.3. EMBARAZO	11
4.3.1. Signos, síntomas y cambios fisiológicos del embarazo	11
4.3.2. Embarazo en Adolescentes	12
4.3.3. Epidemiología de Embarazo en Adolescentes	12
4.3.4. Factores Predisponentes del Embarazo en adolescente:	14
4.3.5. Complicaciones Maternas	15
4.4. Clasificación del embarazo de acuerdo al riesgo	16
4.4.1. RIESGO 1 o Bajo Riesgo.....	16
4.4.2. RIESGO 2 Alto Riesgo:.....	17
4.4.3. RIESGO 3 Riesgo Inminente:.....	17
4.5. CONTROL PRENATAL.....	18
4.5.1. Primera cita medica.....	19
4.5.2. Primer Trimestre	19

4.5.3. Segundo trimestre	22
4.5.4. Tercer trimestre	22
4.6. RECIÉN NACIDO.....	24
4.6.1. Recién Nacido Sano	24
4.6.2. Test de APGAR	24
4.6.3. CLASIFICACIÓN DEL RECIÉN NACIDO.....	26
4.6.4. Clasificación del Recién Nacido por el TEST de Ballard y el peso para la Edad Gestacional.....	26
4.6.5. Clasificación del Recién Nacido de Acuerdo al Riesgo de Nacer	27
4.7. PATOLOGÍAS MÁS FRECUENTES DEL RECIÉN NACIDO	27
5. MATERIALES Y MÉTODOS	35
6. RESULTADOS.....	37
TABLA N°1	37
TABLA N°2	38
TABLA N°3	39
TABLA N°4	40
TABLA N°5	41
TABLA N°6	42
TABLA N°7	43
7. DISCUSIÓN	44
8. CONCLUSIONES	48
9. RECOMENDACIONES	49
10. BIBLIOGRAFÍA	50
11. ANEXOS	57
ANEXOS # 1	57
ANEXOS # 2	60
ANEXOS # 3	64
ANEXOS # 4	65

1. TÍTULO

**“CONDICIONES DEL RECIÉN NACIDO DE MADRES
ADOLESCENTES EN EL HOSPITAL DE PASAJE EN EL PERIODO
2013-2015”**

2. RESUMEN

El embarazo en adolescentes es un inconveniente a nivel mundial debido que aumenta la morbimortalidad materna y perinatal por lo que representa un problema para la salud pública. Este estudio fue descriptivo, se planteó como objetivo principal: Describir las condiciones del Recién Nacido de madres Adolescentes en el Hospital San Vicente de Paul de Pasaje en el periodo 2013-2015, buscando entonces conocer las patologías presentes en los recién nacidos, la edad más frecuente de embarazo en adolescentes, el número de controles prenatales, patologías maternas durante la gestación, la finalización del embarazo y sus causas. La muestra constó de 252 adolescentes, el número de casos se obtuvo por la aplicación de la fórmula de muestreo, se seleccionó en múltiplo de 4 con el fin de sacar 7 adolescentes por cada mes durante los 3 años. Se encontró que el 64% tuvieron Peso Adecuado para la Edad Gestacional (AEG), el 90% alcanzó puntuación de APGAR en rangos normales (>7 puntos) tanto al 1er minuto como a los 5 minutos, por otra parte dentro de las patologías el 46% se vieron afectados por: Distress Respiratorio y Riesgo de Infección. Dentro de los factores maternos la edad de las adolescentes embarazadas estuvo entre 15 y 16 años el 43%, ellas asistieron de 4 a 5 controles el 47%, entre las patologías maternas en las embarazadas se presentaron Infección de Vías urinarias y Anemia en el 71% de ellas, el embarazo terminó en cesárea en un 51.59% cuyas causas fueron: Desproporción Cefalopelvica, Cesárea Anterior, Presentación Podálica y el parto vaginal alcanzó el 48.41%. **Conclusiones:** la mayoría de los recién nacidos fueron normo peso, en el APGAR se alcanzó rangos normales para el 1er y a los 5 minutos, las patologías perinatales que sobresalieron fueron: Distress Respiratorio y Riesgo de Infección.

Palabras claves: Recién nacido, Madres Adolescentes, Patologías Perinatales.

ABSTRACT

Abstract: the Adolescent pregnancy is a worldwide problem due to the increase in maternal and perinatal morbidity and mortality, which represents a problem for public health. This study was descriptive, it was proposed as main objective: To describe the conditions of the Newborn of Adolescent mothers in the Hospital San Vicente de Paul de Pasaje in the period 2013-2015, seeking then to know the pathologies present in the newborns, the older age Prevalence of pregnancy in adolescents, the number of prenatal controls, maternal pathologies during gestation, the end of pregnancy and its causes. The sample consisted of 252 adolescents, the number of cases was obtained by the application of the sampling formula, was selected in multiple of 4 in order to remove 7 adolescents for each month during the 3 years. It was found that 74% had Adequate Weight for Gestational Age (AEG), 90% achieved APGAR score in normal ranges (> 7 points) both at 1 minute and at 5 minutes, on the other hand within the pathologies 46% were affected by: Respiratory Distress and Risk of Infection. Among the maternal factors, the age of the pregnant adolescents was between 15 and 16 years old, 43%, they attended 4 to 5 controls 47%, among the maternal pathologies in the pregnant women presented Urinary Tract Infection and Anemia in 71 % Of them, the pregnancy ended in Previous cesarea in 51.59%, whose causes were: Cefalopelvic Disproportion, Podalic Presentation and vaginal delivery reached 48.41%. **Conclusions:** most of the newborns were normal weight, in the APGAR normal ranges were reached for 1 minute and 5 minutes, the perinatal pathologies that stood out were: Respiratory Distress and Risk of Infection.

Key words: Newborn, Adolescent Mothers, Perinatal Pathologies.

3. INTRODUCCIÓN

El embarazo en la adolescencia es y será uno de los principales problemas que afecten en el mundo siendo más frecuente en países en vías de desarrollo, el embarazo a esta edad es de riesgo porque predispone a complicaciones por lo que aumenta morbilidad materno-fetal, claro está que se ha presentado disminución en comparación a los años 90 como menciona la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2015).

Si bien desde 1990 se ha registrado un descenso considerable, aunque irregular en las tasas de natalidad entre las adolescentes un 11% aproximadamente de todos los nacimientos en el mundo se producen todavía entre muchachas de 15 a 19 años, la gran mayoría de esos nacimientos el 95% ocurren en países de ingresos bajos y medianos. 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 muchachas. Las tasas nacionales oscilan de 1 a 299 nacimientos por 1000 muchachas, siendo las más altas las del África Subsahariana (OMS, 2014).

América Latina y el Caribe es la región con mayor fecundidad adolescente en el mundo después del África subsahariana. Durante la década de los noventa aumentó el porcentaje de madres entre las adolescentes en la mayoría de los países que la componen, en contraste con la caída sostenida de la fecundidad total (Rodríguez J. , 2013).

Más del 17% de las jóvenes Ecuatorianas entre 15 y 19 años son madres, la segunda mayor tasa de América Latina, tras Venezuela, (Republica, 2012). Gracias a la implementación, el acceso y facilidad de métodos anticonceptivos ha disminuido un porcentaje considerado de embarazos en adolescentes de 15-19 años.

Ecuador logró un récord internacional en la disminución de embarazos adolescentes en el período 2010-2013. Las cifras indican que se redujo un 10,2%, en mujeres de 10 a 14 años; y,

12,9%, en mujeres de 15 a 19 años. Estos datos se extrajeron del análisis de los indicadores oficiales establecidos por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC), comparados con datos del Fondo de Población de las Naciones Unidas y del Banco Mundial. Honduras, con un 12,2% de reducción; y, Estados Unidos, con un 11,7% de reducción; en la población de 15 a 19 años, son los únicos países que se acercan a la reducción alcanzada por Ecuador (Comercio, 2015).

A pesar de la Reducción de embarazos en adolescentes aún son un problema para la salud pública, debido que a no se han desarrollado completamente tanto física y mentalmente para cumplir con el rol de madres. Los embarazos en adolescentes se ha visto que son mayores en la amazonia y la costa, dado que ahí se desarrollan más tempranamente por lo que aparentan una edad mayor en comparación con las adolescentes de la sierra. Una muestra de ello nos revela el (INEC, 2010), los embarazos en el Ecuador son mayor en la región costa, y en menor casos la región de la sierra, el número de casos a nivel Nacional (122.301) y la Tasa (cada 1.000), es así que: Machala presenta 101,89 casos por cada 1.000 embarazos, Guayaquil 94,02 casos /1.000, Quito 78.85 casos /1.000, Cuenca 67.38 /1.000, Ambato 66.76 casos/ 1.000.

Las complicaciones durante el embarazo y el parto son la segunda causa de muerte entre las muchachas de 15 a 19 años en todo el mundo. Sin embargo, desde el año 2000 se han registrado descensos considerables en el número de muertes en todas las regiones, sobre todo en Asia Sudoriental, donde las tasas de mortalidad se redujeron de 21 a 9 por 100 000 muchachas. Cada año se practican unos 3 millones de abortos peligrosos entre muchachas de 15 a 19 años, lo que contribuye a la mortalidad materna y a problemas de salud prolongados (OMS, 2014).

Como se ha visto el embarazo en adolescentes es de riesgo lo que acarrea complicaciones tanto para la madre y el producto que en ocasiones culmina con la vida de uno de ellos como lo muestra la Organización Mundial de Salud (O.M.S, 2016). El embarazo adolescente es

peligroso para el niño, las tasas de mortinatalidad y de defunción en la primera semana de vida son un 50% más elevada cuando las madres son menores de 20 años, las defunciones en el primer mes de vida son entre un 50% y un 100% más frecuentes en madres adolescentes que en madres de más edad, cuanto más joven es la madre mayor es el riesgo. Las tasas de nacimientos prematuros, bajo peso al nacer y asfixia son más altas en los hijos de adolescentes; todos estos factores aumentan el riesgo de defunción o de futuros problemas de salud del niño.

Ante todo lo expuesto anteriormente y teniendo en cuenta que la adolescencia es una etapa fisiológica por la cual todos pasamos y que por el hecho de atravesar por esa edad están más susceptible al embarazo no deseado, muchas veces por la vergüenza de preguntar de métodos anticonceptivos disponibles en las casas de salud, por creer que en la primera relación sexual no pueden quedar embarazadas y debido que en esa edad no miden las consecuencias, (pensamiento mágico) muchas veces por temor a los padres no les comunican pronto, si no cuando ya se nota el embarazo por lo que acuden tardíamente a los controles prenatales lo que perjudica la salud materna y fetal. Se ha considerado necesario realizar el presente estudio: Condiciones del Recién Nacido de Madres Adolescentes en el Hospital de Pasaje en el periodo 2013-2015, planteando como objetivo general: Describir las Condiciones del Recién Nacido de Madres Adolescentes. Objetivos Específicos: Conocer las patologías más frecuentes que se presentan en los recién nacidos, Determinar la edad que predomina el embarazo en adolescentes, Identificar el número de controles prenatales que asisten las adolescentes, Conocer las patologías que predominan durante el embarazo en las adolescentes, Identificar la vía de finalización del embarazo y sus causas. Con el fin de que sirva de consulta e información a futuros profesionales de la salud, para que den conocimiento a los pacientes y a la sociedad acerca de las complicaciones que abarca el embarazo a temprana edad.

4. REVISIÓN DE LA LITERATURA

4.1. ADOLESCENCIA

4.1.1. Primera definición de adolescencia

La describió Hall (1904) el cual la definió a la adolescencia como un período de gran “tormenta y estrés” y la pubertad como sinónimo de tiempo de trastorno e incapacidad emocional en que el estado de ánimo del individuo fluctúa entre la energía y el letargo, la alegría y la depresión, el egotismo y la autodepreciación. Dicha “tormenta y estrés” experimentados durante la adolescencia tienen causas biológicas, producto de los cambios que se producen en la pubertad, aunque no atribuye todas las conductas de inestabilidad psicológica a causas biológicas, estableciéndose por tanto la adolescencia como una etapa diferente de la pubertad (Muñoz, F. 2010).

4.1.2. Concepto de Adolescencia en el pasado:

El origen de adolescencia proviene del latín “Adolescere” que significa desarrollarse, Olescere, que significa crecer, según el significado del latín la adolescencia, significa el desarrollarse la persona, ya sea hombre o mujer (Fernández, 2011). Desde la antigüedad era difícil tener un concepto estandarizado acerca de la adolescencia por las diferentes creencias culturales y religiosas que se tenían en esa época pero a la actualidad las definiciones guardan relación entre sí.

Philippe Aries, (1962), afirma a la adolescencia como período evolutivo que estuvo integrada y fundida con la infancia hasta el siglo XVIII, pues se consideraba que en dicha etapa estaba la clave para explicar el desarrollo del ser humano y lo que en la actualidad se conoce como adolescencia se reducía al estudio de los cambios biológicos típicos de la pubertad, ignorando las transformaciones psicológicas que, según los conocimientos actuales, son tan decisivas y trascendentales para el desarrollo posterior de la personalidad.

Así, “la era del adolescente” o preocupación actual por los jóvenes, tal y como la describió Joseph Kett (1977), comenzó en las primeras dos décadas del siglo XX. (Muñoz, F. 2010).

Sin duda alguna una de las etapas importante y significativa en el ser humano es la adolescencia. En la actualidad no hay un concepto universal, dado que existen varias definiciones pero con cierta relación entre ellas.

4.1.3. La adolescencia en la sociedad actual

La adolescencia se define: 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, esta fase de crecimiento y desarrollo viene condicionada por diversos procesos biológicos. El comienzo de la pubertad marca el pasaje de la niñez a la adolescencia (O.M.S., 2016).

La adolescencia: se define como un período de transición en el desarrollo que implica cambios físicos, cognoscitivos, emocionales y sociales, que adopta distintas formas en diferentes escenarios sociales, culturales y económicos y abarca el lapso entre los 11 y 19 o 20 año (Papalia, D. 2010).

La realidad es que todos los adolescentes han vivido o van a vivir estos cambios que empiezan en las glándulas del sistema endocrino Hipotalamo-hipofisis-gonadas, que estimulan el crecimiento y la maduración sexual,

4.2. CLASIFICACIÓN DE LA ADOLESCENCIA

4.2.1. Clasificación de la adolescencia por la UNICEF

- ② Adolescencia temprana (de los 10 a los 14 años): Es en esta etapa en la que, por lo general, comienzan a manifestarse los cambios físicos, que usualmente empiezan con una repentina aceleración del crecimiento, seguido por el desarrollo de los órganos sexuales y las características sexuales secundarias. Es durante la adolescencia temprana

que tanto las niñas como los varones cobran mayor conciencia de su género que cuando eran menores, y pueden ajustar su conducta o apariencia a las normas que se observan.

- 🌀 Adolescencia tardía (de los 15 a los 19 años): abarca la parte posterior de la segunda década de la vida, en líneas generales entre los 15 y los 19 años de edad. Para entonces, ya usualmente han tenido lugar los cambios físicos más importantes, aunque el cuerpo sigue desarrollándose. El cerebro también continúa desarrollándose y reorganizándose, y la capacidad para el pensamiento analítico y reflexivo aumenta notablemente (UNICEF., 2011).

4.2.2. Clasificación según varios autores

Para la American Academy of Pediatrics, la adolescencia son esos años desde la pubertad hasta la edad adulta, se pueden dividir a groso modo en tres etapas:

- 🌀 Adolescencia temprana, generalmente entre los 12 y 13 años de edad;
- 🌀 Adolescencia media, entre los 14 y 16 años de edad; y
- 🌀 Adolescencia tardía, entre los 17 y 21 años de edad.

Además del crecimiento fisiológico, de estos años se pueden extraer siete tareas clave de desarrollo intelectual, psicológico y social. El propósito fundamental de estas tareas es formar la propia identidad y prepararse para la edad adulta. (A.P.P., 2015).

Blos un psicoanalista (1971) divide a la adolescencia en etapas las cuales las atravesara con rapidez e inevitablemente.

- 📖 Pre adolescencia (de 9-11 años): En esta etapa cualquier experiencia ya sea pensamientos y actividades sin ninguna connotación erótica o sexual se transforman en estímulos sexuales y tienen función de descarga. Los hombres dirigen su atención a la genitalidad propia, mientras que las mujeres centran su atención en el género opuesto.

- Adolescencia Temprana (de 12-14 años): La característica principal en esta etapa es el inicio del alejamiento de los objetos primarios de amor (madre-padre) y la búsqueda de nuevos objetos, se establecen nuevas relaciones.
- Adolescencia (de 16-18 años): Aquí el hallazgo en la mayoría de los casos es un objeto heterosexual, y se abandonan las posiciones bisexuales y narcisistas, característica del desarrollo psicológico de la adolescencia.
- Adolescencia tardía (de 19-21 años): Aquí las principales metas del individuo son lograr una identidad del Yo e incrementar la capacidad para la intimidad, se presenta una actitud crítica frente al mundo externo y a los adultos en general, no querer ser como a quienes rechaza y elige un cambio ideal.
- Pos adolescencia (de 21-24 años): Esta fase es la precondition para el logro de la madurez psicológica, a quienes están en esta etapa se les conoce como adultos jóvenes, las relaciones personales se tornan permanentes, así como la selección del medio donde se quiere interactuar. (BLOS, P. 1971).

Es importante conocer las características de estas etapas de la adolescencia, porque todos pasamos por esto claro con sus variaciones individuales y culturales, conociendo sus características nos será útil para interpretar actitudes y comprender a los adolescentes especialmente durante un embarazo sabiendo que: Una adolescente que esta embarazada se comportará de acuerdo al momento de vida en el que se encuentra, sin madurar a etapas posteriores por el simple hecho de que está embarazada.

4.2.3. Repercusiones físicas y emocionales de la adolescencia

Entre los 10 y los 14 años la preocupación psicológica gira básicamente alrededor de lo físico y lo emocional. Se produce una reestructuración de la imagen corporal, se vive un ajuste a los cambios corporales emergentes, el ánimo es fluctuante; hay una fuerte autoconciencia de

las necesidades y deseos de comprensión y apoyo por parte de los mayores. Aun cuando las figuras parentales dejan de ser la fuente casi exclusiva de fomento de la autoestima, se hace imprescindible tener la posibilidad de compartir los problemas con los padres; las amistades también se tornan cruciales.

La pérdida del cuerpo infantil implica la necesidad de dejar atrás las modalidades de ajuste de la niñez, abandonar identificaciones infantiles y encontrar nuevas orientaciones de conducta. Existen duelos por la pérdida del cuerpo y el status infantil así como de la imagen de los padres seguros y protectores de la niñez (Aberastury, 1971). En la familia afloran ansiedades ante el anuncio de cambios diferenciadores cuyo desenlace se ignora. El desarrollo de las características sexuales secundarias, el aumento de peso, de estatura son modificaciones externas socialmente impactantes, que llevan a la incertidumbre sobre las posibilidades de desempeñar un rol como hombre o mujer, lo que facilita la vulnerabilidad ante comentarios, prejuicios y estereotipos (Krauskopof, D. 2009).

4.3. EMBARAZO

Embarazo: son los nueve meses durante los cuales el feto se desarrolla en el útero de la mujer, para la mayoría de ellas es un período de gran felicidad. Sin embargo durante el embarazo, tanto la mujer como su futuro hijo se enfrentan a diversos riesgos sanitarios. Por este motivo es importante que el seguimiento del embarazo sea realizado por personal sanitario cualificado (O.M.S. 2016).

4.3.1. Signos, síntomas y cambios fisiológicos del embarazo

Son un sin número de signos y síntomas que se presentan durante el embarazo pero los que más sobresalen son los siguientes:

- ✓ Náuseas, vómitos, melasma, sensibilidad de encías, mareos, pirosis- acidez, estrías en el abdomen, dolor abdominal, pélvico, micción frecuente, estreñimiento, hemorroides,

edemas en Miembros Inferiores, varices, calambres en las piernas (Dina Mohamed, D. Alcolea, S. 2011).

4.3.2. Embarazo en Adolescentes

Definiremos el embarazo adolescente como la gestación en mujeres, cuyo rango de edad se considera adolescente, independiente de su edad ginecológica. 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 (León, P., 2008).

El embarazo es el deseo de toda mujer en etapa reproductiva, pero una adolescente es un problema de salud pública no solo a nivel local sino también a nivel mundial, porque trae consigo un sin número elevado de complicaciones materno-fetal, una causa se debe a que en estos tiempos los adolescentes inician su vida sexual a temprana edad y la mayor parte de ellos sin el uso de métodos anticonceptivos lo que aumenta los embarazos no deseados y las enfermedades de transmisión sexual, y aunque se hayan desarrollado físicamente las adolescentes no están preparadas psicológicamente para ser madres.

Las adolescentes entre 15 y 19 años duplican el riesgo de morir en el parto que las mayores de 20 años y este riesgo aumenta cinco veces en menores de 15 años (Poffald, L., 2013).

4.3.3. Epidemiología de Embarazo en Adolescentes

Si bien desde 1990 se ha registrado un descenso considerable, aunque irregular, en las tasas de natalidad entre las adolescentes, un 11% aproximadamente de todos los nacimientos en el mundo se producen todavía entre muchachas de 15 a 19 años. La gran mayoría de esos nacimientos (95%) ocurren en países de ingresos bajos y medianos. 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 muchachas. Las tasas nacionales oscilan de 1 a 299 nacimientos por 1000 muchachas, siendo las más altas las del África Subsahariana (O.M.S. 2014).

América Latina y el Caribe es la región con mayor fecundidad adolescente en el mundo después del África subsahariana. Durante la década de los noventa aumentó el porcentaje de madres entre las adolescentes en la mayoría de los países que la componen, en contraste con la caída sostenida de la fecundidad total (Rodríguez J. , 2013).

Si bien la fecundidad global descendió, la fecundidad en adolescentes (medida como tasa específica de fecundidad entre 15 a 19 años de edad) tuvo un comportamiento diferente: primero se mostró refractaria a la baja y después tuvo un incremento en varios países en los últimos 30 años, siendo América Latina y el Caribe la única región del mundo en la que se registra un incremento. Como se evidencia en un reciente documento publicado por CEPAL y UNICEF, casi todos los países de la región se encuentran dentro de los 50 a nivel mundial con las tasas de fertilidad adolescente más alta, entre los que sobresalen Nicaragua, Honduras Panamá, Ecuador y Guatemala (UNICEF. 2014).

Según los expertos, la edad más apropiada para ser madre es entre los 20 y los 35 años, ya que el riesgo para la salud de la madre y el niño es mucho menor. El embarazo en la adolescencia se considera de alto riesgo y conlleva más complicaciones ya que la adolescente no está preparada ni física ni mentalmente para tener un bebé y asumir la responsabilidad de la maternidad (Caraballo, A. 2015).

Entre los países con mayores porcentajes de madres jóvenes del 2014 se encuentran: Nicaragua (28%), Honduras (66%), Argentina (64%), Guatemala y El Salvador (66%), Ecuador (56%) y Bolivia (71%), Brasil (67%), Colombia (52%), Perú (50%) Costa Rica (57%), Cuba (46%), Chile (48%), México (63%,). Casi todos los países de la región se encuentran

dentro de los 50 países del mundo con las tasas de fertilidad adolescente más altas (Banco Mundial. 2016).

En Ecuador, dos de cada tres adolescentes entre 15 y 19 años, sin educación, son madres o están embarazadas por primera vez (ENDEMAIN, 2004). La tendencia del incremento del embarazo en menores de 15 años en la última década es del 74%, y en mayores de 15 años es del 9% (Documento de la Estrategia Nacional Intersectorial de Planificación Familiar, 2010). La tendencia de la fecundidad adolescente en Ecuador es la más alta de la subregión andina, llegando a 100 por 1.000 nacidos vivos.

4.3.4. Factores Predisponentes del Embarazo en adolescente:

- ✓ Menarca temprana
- ✓ Inicio precoz de relaciones sexuales
- ✓ Familia disfuncional
- ✓ Bajo nivel educativo
- ✓ Pensamiento adolescente que el embarazo no les sucederá
- ✓ La necesidad de probar su fecundidad
- ✓ Controversias entre sus valores y el de sus padres
- ✓ Los adolescentes no solicitarían anticonceptivos por “vergüenza”, (Rodriguez V. , 2012).

El riesgo de problemas durante el embarazo y el parto es más en la adolescente; la incidencia de bajo peso al nacer y de abortos espontáneos, la dificultad para la aceptación del embarazo de las adolescentes generalmente se vincula con una mala nutrición, poco cuidado y falta de control prenatal del embarazo.

4.3.5. Complicaciones Maternas

Las complicaciones durante el embarazo y el parto son la segunda causa de muerte entre las muchachas de 15 a 19 años en todo el mundo. Sin embargo desde el año 2000 se han registrado descensos considerables en el número de muertes en todas las regiones, sobre todo en Asia Sudoriental, donde las tasas de mortalidad se redujeron de 21 a 9 por 100 000 muchachas. Cada año se practican unos 3 millones de abortos peligrosos entre muchachas de 15 a 19 años, lo que contribuye a la mortalidad materna y a problemas de salud prolongados. La procreación prematura aumenta el riesgo tanto para las madres como para los recién nacidos (OMS, 2014).

De forma global se describe mayor morbilidad en la gestación adolescente entre ellas tenemos:

- Aborto Espontaneo, Provocado, Anemia, Infecciones de Vías Urinarias a repetición, Bacteriuria Asintomática, Hipertensión gestacional, Preeclampsia – Eclampsia, Escasa ganancia de peso, Hemorragias asociadas con afecciones placentarias, Parto Prematuro, Rotura prematura de membranas, Desproporción Cefalopélvica, Cesárea, Vaginosis Bacteriana (Maria Ulanowicz et, 2006).

La frecuencia de anemia e infección del tracto urinario reportada en la mayor parte de las publicaciones es alta en las pacientes adolescentes embarazadas, con cifras que llegan a cerca del 22% y 23% respectivamente, y esta diferencia es estadísticamente significativa con respecto a los grupos controles (Diaz, A. 2002).

Debido a las complicaciones materno-fetales, la Organización de la Salud en el 2011 publicó junto con el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) unas directrices sobre la prevención de los embarazos precoces y la reducción de los resultados negativos para la reproducción. Las directrices contienen recomendaciones sobre las medidas que los países podrían adoptar, con seis objetivos principales:

- ✓ Reducir el número de matrimonios antes de los 18 años;
- ✓ fomentar la comprensión y el apoyo a fin de reducir el número de embarazos antes de los 20 años.
- ✓ Aumentar el uso de anticonceptivos por parte de las adolescentes a fin de evitar el riesgo de embarazo involuntario.
- ✓ Reducir las relaciones sexuales forzadas entre las adolescentes;
- ✓ Reducir los abortos peligrosos entre las adolescentes;
- ✓ Incrementar el uso de servicios especializados de atención prenatal, en el parto y posnatal por parte de las adolescentes (O.M.S. 2014).

El embarazo a esta edad cursa con dificultad, además de que no está preparada psicológicamente su cuerpo no se ha desarrollado completamente y por lo que el ministerio de salud clasifica el embarazo de acuerdo al riesgo.

4.4. Clasificación del embarazo de acuerdo al riesgo

4.4.1. RIESGO 1 o Bajo Riesgo

- Condiciones socio-económicas desfavorables. (Pobreza extrema, Desempleo, analfabetismo).
- Control insuficiente de la gestación: < 3 visitas prenatales.
- Edad extrema ≤ 19 años o ≥ 35 años en el primer embarazo.
- Adolescentes menores de 15 años indiferentes del número de embarazos.
- Drogadicción, alcoholismo y Tabaquismo.
- Gran multiparidad (Mayor de 3 gestas).
- Incompatibilidad Rh.
- Infección de vías urinaria y Flujo vaginal recurrentes por más de 2 ocasiones en tres controles subsecuentes.
- Período intergenésico por cesárea previa menor de 12 meses (M. S.P. 2012).

4.4.2. RIESGO 2 Alto Riesgo:

- ✓ Anemia (Hb < 10g/dl o HTO < 25%).
- ✓ Embarazo Múltiple.
- ✓ Enfermedades crónicas no transmisibles (endocrinopatías, nefropatías, enfermedades. Inmunológicas, hipertensión).
- ✓ Polihidramnios u Oligoamnios.
- ✓ Epilepsia.
- ✓ Historia obstétrica desfavorable: abortos espontáneos, partos prematuros y distócicos, antecedentes de retardo del crecimiento intrauterino.
- ✓ Enfermedades neuropsiquiátricas.
- ✓ Infección materna: HIV, hepatitis B o C, toxoplasmosis, pielonefritis, rubéola, sífilis, estreptococo B, citomegalovirus, herpes 2, HPV.
- ✓ Presentación anómala: constatada tras la semana 36 de gestación.
- ✓ Desnutrición y Obesidad.
- ✓ Asma (M. S.P, 2012).

4.4.3. RIESGO 3 Riesgo Inminente:

- ✓ Amenaza de Parto Pretérmino.
- ✓ Cardiopatías.
- ✓ Diabetes Gestacional descompensado o en tratamiento.
- ✓ Hemorragia vaginal.
- ✓ Rotura prematura de membranas mayor de 12 horas.
- ✓ SIDA clínico.
- ✓ Trastornos hipertensivos en el embarazo.
- ✓ Alteraciones en la Frecuencia cardiaca fetal (160 latidos por minuto o falta de movimientos) (M. S.P, 2012).

4.5. CONTROL PRENATAL

Es el conjunto de actividades y procedimientos que el equipo de salud ofrece a la embarazada con la finalidad de identificar factores de riesgo en la gestante y enfermedades que puedan afectar el curso normal del embarazo y la salud del recién nacido/a, lo que abarca: promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud materna y neonatal (M.S.P, 2015).

El embarazo se puede desarrollar de manera normal sin ninguna complicación, así también se puede acompañar de alguna patología como lo clasifica el ministerio de salud pública.

- ❖ Embarazo sin riesgo o normal: estado fisiológico de la mujer que se inicia con la concepción y termina con el parto y el nacimiento del producto a término. Aquel que no cursa con criterios de riesgo y debe ser atendido por el primer nivel de complejidad.
- ❖ Embarazo de riesgo: es aquel que se tiene la certeza o existe mayor probabilidad de presentar estados patológicos o condiciones anormales concomitantes con la gestación y el parto, que aumentan los peligros para la salud de la madre y el producto, o bien, cuando la madre proviene de condiciones socioeconómicas precarias (M.S.P, 2015).

El cursar por la adolescencia es un periodo donde no se asume responsabilidades aun, porque se vive una temporada de experimentar muchas cosas, y en el caso de los adolescentes que empiezan las relaciones sexuales temprano y que lastimosamente quedan embarazadas no saben cómo afrontar el embarazo muchas de ellas prefieren ocultarlo por lo que no acuden a controles prenatales como lo menciona (Poffald, L. 2013), estudios internacionales evidencian que el control prenatal en adolescentes es habitualmente insuficiente y a veces inexistente, se identifican barreras y facilitadores para acceder al primer control y para mantener la asistencia. Las barreras se relacionan con temor y vergüenza a buscar atención médica, costo de los servicios, no saber a dónde acudir, ausencia de privacidad, maltrato y barreras administrativas.

Generalmente una mujer con un embarazo que evoluciona sin complicaciones debe acudir a la consulta con la siguiente periodicidad:

- Hasta la 36^a semana: cada 4-6 semanas.
- De la 37^a a la 40^a semanas: cada 1-2 semanas.
- Después de la 40^a semana: de 1 a 3 veces por semana (SEGO, 2010).

Se recomienda realizar como mínimo 5 consultas de atención prenatal, de acuerdo a lo establecido por la OMS (M.S.P. 2015).

4.5.1. Primera cita medica

Ante la presencia de amenorrea en cualquier mujer en edad fértil, sana y con períodos regulares se debe pensar que está embarazada y procede a realizar.

- ✘ Examen físico general: con la identificación de alguna patología de la madre.
- ✘ Detección de Sub-unidad Beta de la HCG (Gonadotropina Coriónica Humana): es detectable aún antes de la nidación y es exclusivamente producida por el sinciotrofoblasto, con lo que evitan reacciones cruzadas con otras hormonas. Constituye el método de diagnóstico más precoz y sensible (SEGO. 2010).

4.5.2. Primer Trimestre

Se recomienda que el primer control sea realizado lo más pronto posible si es posible antes de las 12 semanas de gestación, (primer trimestre del embarazo) y debe enfocarse a identificar y descartar patologías especiales realizando las siguientes acciones.

➤ Control de los signos vitales:

➤ Exploracion fisica general:

- ⊗ Al realizar la exploracion fisica en sentido céfalo caudal.
- ⊗ alteración Medir la talla: solo se lo realiza en el primer control.

⊗ **Peso:** La ganancia de peso total durante el embarazo en una mujer sana (7 a 18 kg), se relaciona con neonatos de 3 a 4 kilos de peso al nacer.

- IMC < 20 kg/m²: ganancia de peso debe ser entre 12 a 18 kg.
- IMC 20 – 24.9 kg/m²: ganancia de peso debe ser entre 10 a 13kg.
- IMC 25 - 29 kg/m²: ganancia de peso debe ser entre 7 a 10 kg.
- IMC > 30 kg/m²: ganancia de peso debe ser entre 6 a 7 kg.

En caso de embarazada con un IMC < 20 se recomienda debido al alto riesgo de parto pre-término.

➤ Exploracion Ginecológica y mamaria:

➤ Calcular la fecha probable de parto: se la calcula por el FUM desde esta fecha deben transcurrir 280 días o 40 semanas promedio hasta el nacimiento. Hay varias técnicas (Pinar, Naegele) siendo la más aplicada la Regla de Naegele: (S.E.G.O. 2007).

➤ El carné perinatal (CP) es un instrumento que permite integrar las acciones que el equipo de salud realiza durante el embarazo, el parto y el puerperio (DNMI, 2013).

➤ Determinar los factores de riesgo. (Modificables y no Modificables).

➤ Exámenes complementarias

- ✓ Hemograma Completo
- ✓ Tipología Sanguínea y Coombs indirecto
- ✓ Cribado de VIH: recomendado en el primer y tercer trimestre,
- ✓ Detección Hepatitis B y C
- ✓ VDRL Prueba confirmatoria FTA-abs:
- ✓ Glicemia:
- ✓ TSH:
- ✓ Toxoplasmosis
- ✓ Citología cervico-vaginal

- ✓ Urocultivo
- ✓ Determinación de creatinina, urea (M.S.P, 2015).
- **Ecografía:** entre la 11 y 14 semana periodo se recomienda realizar transvaginal utilizandodurante este periodo se identificara:
 - ✓ el número del saco gestacional y de embriones, en el caso de gestación múltiple, diagnostico de cigosidad
 - ✓ Estimación de la edad gestacional
 - ✓ Detección y medida de la translucencia nucal (marcador de cromosopatía fetal).
 - ✓ Observación de la morfología embrionaria.
 - ✓ Identificar la existencia de la patología uterina y de los anexos (SEGO, 2010)
- Vacunas: que se va aplicar en estas semanas es la Antitoxina tetánica aplicando la primera dosis antes de las 20 semanas y la segunda dosis entre las semanas 27 y 29, se puede administrar la vacuna para la influenza H1N1 (DNMI, 2013).
- Suplemento vitamínico: ácido fólico hasta las 12 semanas (Dosis requerida: 0,4 mg). Luego continuar con ácido fólico 0,4 mg + 60 mg de hierro elemental diario (M.S.P, 2015).
- Dar información acerca de: Cambios fisiológicos del embarazo, actividad física durante el embarazo, cambios en estilos de vida, educación nutricional, signos de alarma:
- Aplicación del SCORE MAMA: es una herramienta de puntuación para la detección de riesgo que se aplica al primer contacto a la embarazada. El propósito es clasificar la gravedad de las pacientes y precisar la acción necesaria y oportuna para la correcta toma de decisiones.
- El Examen odontológico

- Programar los controles subsecuentes y registrar la fecha en la hoja de control y en el carné perinatal (M.S.P, 2015).

4.5.3. Segundo trimestre

- A lo antes realizado en el primer control prenatal se agregara:
- Examen físico Abdominal y Pélvico: en el abdomen se examina y valorara:

Altura del fondo uterino, Movimiento fetal, Frecuencia Fardiaca Fetal la cual se ausculta con doppler desde las 12 semanas y con estetoscopio o corneta de Pinard desde la semana 18 – 20.
- Ecografía obstétrica: El mejor momento para realizar el estudio morfológico del feto por ecografía es durante las 18 y 24 semanas de gestación, óptima a las 22 semanas. Momento en el cual la ecografía permite la confirmación de viabilidad fetal, anatomía fetal y diagnóstico de malformaciones (M.S.P, 2015).
- Proteinuria: se determinan a partir de las 20 semanas de embarazo constituye un criterio diagnóstico de preeclampsia (SEGO., 2007).

4.5.4. Tercer trimestre

- A lo antes realizado en el primer control prenatal se complementara:
- Exploracion de la cavidad Abdominal: valoraremos la frecuencia cardiaca fetal, movimiento fetal, actividad uterina.
- ✓ Exploración en los últimos meses: situación, actitud, presentación y posición fetales: La exploración de la estática fetal se recomienda a partir de la 28^a semana y sobre todo al final de la gestación.

Deben distinguirse cuatro conceptos:

- Actitud fetal: Es la relación que guardan entre sí las distintas partes que constituyen el feto. Sólo es normal la actitud en flexión en la que la cabeza está profundamente doblada con la barbilla sobre el pecho.

- **Situación fetal:** Es la relación que existe entre el eje longitudinal del feto y el eje longitudinal de la madre. Puede ser longitudinal, transversa u oblicua.
- **Presentación fetal:** Es la parte del feto que está en relación con el estrecho superior de la pelvis materna puede ser cefálica o pelviana en sus diferentes variedades
- **Posición fetal.** Es la relación que guarda entre sí el dorso del feto con la pelvis materna. puede ser: derecha, izquierda.

Para la adecuada valoración de la estática fetal, se realizar las cuatro maniobras descritas por Leopold y Sporlin en 1894, conocidas como las Maniobras de Leopold; la mujer debe estar cómoda, acostada en posición supina con el abdomen descubierto son 4 que se valoran; la presentación, posición, situación y el encajamiento fetal (SEGO., 2007).

➤ Ecografía obstétrica: a las 30-36 semanas valora alteraciones del crecimiento fetal, permitiendo identificar aquellos fetos pequeños o grandes para la edad gestacional, determinar la presentación y descartar placenta previa asintomática.

➤ Exámenes Complementarios

- VIH: recomendado nuevamente a las 24 a 34 semanas (SEGO., 2010).
- Tamizaje de streptococcus grupo B: Por tanto el tamizaje para diagnosticar la colonización recto-vaginal por EGB en embarazadas entre las 35 y 37 semanas.
- Test de O`Sullivan: es la determinación del nivel de glucemia en plasma venoso 1 hora después de la ingesta de 50 g de glucosa, en cualquier momento del día e independientemente de que exista o no toma previa de alimentos. Valor positivo: ≥ 140 mg/dl,
- Citología Vaginal:
- **A partir de las 34 semana Seguimiento más frecuente**
 - ✓ Preparara para el proceso de parto o cesárea

- ✓ Promoción de lactancia materna
- ✓ En embarazos con evolución normal informar fecha probable de parto.
- ✓ Asesoría en planificación familiar
- ✓ Recordarle acerca de los signos de alarma (M.S.P, 2015).

4.6. RECIÉN NACIDO

Es el producto de la concepción que nace vivo desde el nacimiento hasta los 28 días de edad obtenida por parto o cesárea.

- ☉ Parto: Es definido como el conjunto de fenómenos activos y pasivos que permiten la expulsión del producto, la placenta y sus anexos por vía vaginal. Se divide en tres periodos: dilatación, expulsión y alumbramiento. Y se puede presentar de la siguiente manera
 - Distocia: Anormalidad en el mecanismo del parto que interfiere con la evolución fisiológica del mismo.
 - Eutocia: Corresponde al parto normal cuando el feto se presenta en vértice y el proceso termina sin necesidad de ayuda artificial a la madre o al producto.
- ☉ Cesaría: definido como el parto por vía abdominal que se realiza debido a la dificultad para realizar el parto por vía vaginal (Gómez, M. Danglo, C. Aceve, M. 2012).

4.6.1. Recién Nacido Sano

Se considera un RN sano cuando es a término (37- 41.6 semanas de edad gestacional), parto eutócico, con peso adecuado, hijo de padres sanos y su examen físico es asintomático; no presenta malformaciones congénitas, ni enfermedades hereditario (Manual CTO.,2012).

4.6.2. Test de APGAR

La aplicación al minuto y a los 5 min de nacido: la calificación de Apgar permite evaluar las condiciones del recién nacido donde se valora 5 parámetros: Frecuencia

cardiaca fetal, esfuerzo respiratorio, tono muscular, irritabilidad refleja y color, la puntuación va de 0 a 2.

TEST DE APGAR

SIGNOS	PUNTUACION		
	0	1	2
Frecuencia Cardíaca	Ausente	< 100	> 100
Esfuerzo Respiratorio	Ausente	Lento, irregular	Buen llanto
Tono Muscular	Hipotonía	Flexión de Miembros	Activo
Respuesta al Estimulo	Ausente	Mueca	Estornudo
Color	Azulado	Manos y pies azulados	Rosado

Fuente: Peñaranda, (2010), "ATENCIÓN Y EVALUACIÓN DEL RECIÉN NACIDO", España.

Autora: Karla Noemí Pardo León.

- ✓ La puntuación de mayor a 7 demuestra que el niño está bien y tiene buen pronóstico.
- ✓ La puntuación es de 4 a 6 existe depresión moderada.
- ✓ La puntuación es de 3 o menos existe una depresión o asfixia grave

En ambos casos se requiere maniobras de reanimación. Si la recuperación es prolongada deberán realizarse nuevas valoraciones a los 10min, 15 y 20min hasta conseguir 2 valores sucesivos o mayores o iguales a 8 (Peñaranda, 2010).

- **Medidas Antropométricas:** Por lo general un recién nacido normal tiene un perímetro cefálico entre 35 cm +/- 1 cm, la talla es de 50 cm +/- 2 cm. y pesa entre 2500 a 3900 gramos (Galliano, Sebastián; González, José; Valencia, Jimena, 2013).
- **Signos Vitales:** son hallazgos comunes en los recién nacidos normales como:
 - ✓ Temperatura axilar (36 a 37°C),

- ✓ Frecuencia cardiaca (120 a 160 latidos por minuto),
 - ✓ Frecuencia respiratoria (30 a 60 respiraciones por minuto; ésta respiración es irregular). Pueden existir variaciones en éstas cifras relacionadas con el llanto y la
- **Profilaxis del recién Nacido**
 - ✓ Profilaxis de la conjuntivitis neonatal gotero oftalmológico de eritromicina al 0.5 % o terramicina al 1 % en su defecto.
 - ✓ Profilaxis de la enfermedad hemorrágica del recién nacido (EHR) con una dosis única de 1mg (0.5 -1mg) de vitamina K vía intramuscular (AEP, 2008).

4.6.3. CLASIFICACIÓN DEL RECIÉN NACIDO

Determinación de la edad gestacional: se puede realizar con la última fecha de menstruación, con una ecografía del primer trimestre de gestación.

El método de Ballard: es una serie de procedimientos clínicos basados en indicadores fetales de maduración física y neuromuscular con el fin de definir la edad gestacional de un recién nacido.

Se recomienda realizarlo en las primeras 12-24 horas. Comprende la evaluación de seis características físicas (piel, lanugo, superficie plantar, aureola del pezón, ojo/oído, genitales masculinos/femeninos), y seis neurológicas (postura, ventana cuadrada, rebote del antebrazo, ángulo poplíteo, signo de la bufanda, prueba talón/oreja), (Mejía, J. & Daza, P., 2011).

4.6.4. **Clasificación del Recién Nacido por el TEST de Ballard y el peso para la Edad Gestacional.**

La determinación del recién nacido por peso y edad gestacional es muy importante, ya que indica el grado de riesgo en el momento del nacimiento. La morbilidad y la mortalidad neonatal son inversamente proporcionales al peso y a la edad gestacional.

Esto quiere decir, que entre menos peso o menor edad gestacional, mayor será la morbilidad y la mortalidad

- ✓ **Adecuado para la Edad Gestacional (RNT/AEG):** son aquellos que se encuentren entre los percentiles 10 y 90.
- ✓ **Pequeño para la Edad Gestacional (RNT/PEG):** son los que se encuentren por debajo del percentil 10.
- ✓ **Recién Nacido Termino Grande para la Edad Gestacional (RNT/GEG):** a los recién nacidos que se encuentren por encima de la curva superior (percentil 90) (Megia, J. et., 2011).

4.6.5. Clasificación del Recién Nacido de Acuerdo al Riesgo de Nacer

- Recién Nacido con Riesgo Bajo al Nacer:** cumple los siguientes criterios: rosado/a, llanto fuerte, adecuada respiración, activo/a, frecuencia cardíaca >100 lpm, peso > 2 500 gramos, edad gestacional > 37 semanas de gestación.
- Recién Nacido con Mediano Riesgo al Nacer:** cumple los siguientes criterios: peso entre 2.000 y 2. 500 ó entre 3.500 y 4.000 gramos, edad gestacional entre 35 y 37semanas de gestación.
- Recién Nacido con alto Riesgo de Nacer:** cumple los siguientes criterios: peso> 4 000 ó < 2 000 gramos, edad gestacional < 35 ó > 41 semanas, ruptura prematura de membranas mayor de 24 horas (en < 2 000 gramos o < 35 semanas), anomalías congénitas mayores, fiebre materna, infección uterina, cianosis persistente, trauma importante al nacimiento, líquido Meconial, madre Rh (-) (CONASA., 2008).

4.7. PATOLOGÍAS MÁS FRECUENTES DEL RECIÉN NACIDO

Síndrome de dificultad respiratoria: para proporcionar intercambio de gases sanguíneos después del nacimiento, los pulmones deben llenarse rápido con aire mientras se está eliminando líquido, y el volumen de sangre que riega los pulmones debe aumentar de manera

notoria, parte de este líquido se expulsa conforme el tórax se comprime durante el parto vaginal y el resto se absorbe a través de los linfáticos pulmonares.

Si el surfactante insuficiente aparece dificultad respiratoria y se forman membranas hialinas en los bronquiolos distales y los alveolos. Debido a esto la dificultad respiratoria en el recién nacido también se llama enfermedad de membrana hialina (Williams., 2005).

- ✓ Los primeros síntomas se inician al nacer o en las primeras horas, empeorando progresivamente, apareciendo dificultad respiratoria moderada o intensa con: polipnea, tiraje costal y xifoideo, quejido, aleteo nasal y cianosis en aire ambiente (Lopez, J. Valls, A., 2008).

El Test de Silverman- Anderson: evalúa la dificultad respiratoria del recién nacido. Con una puntuación mínima de 0 y una máxima de 10, a mayor puntuación peor es la dificultad respiratoria, los recién nacidos que nazcan con una puntuación entre 7 y 10 puntos precisaran de algún tipo de soporte respiratorio.

TEST DE SILVERMAN- ANDERSON			
	PUNTUACIÓN		
Signos Clínicos	0	1	2
Aleteo Nasal	Ausente	Mínima	Marcada
Quejido Espiratorio	Ausente	Audible con el Estetoscopio	Audible
Retracción Esternal	Sin retracción	Apenas Visible	Marcada
Disociación Toracoabdominal	Sincronizado	Retraso en Inspiración	Banboleo

Fuente: J López & A Valls, (2008), “SINDROME DE DIFICULTAD RESPIRATORIA”, pág.: 1-6.

Autora: Karla Noemí Pardo León.

- Recién nacido con 0 puntos, sin asfixia ni dificultad respiratoria.
- Recién nacido con 1 a 3 puntos, con dificultad respiratoria leve.

- Recién nacido con 4 a 6 puntos, con dificultad respiratoria moderada (Sanchez, I., 2013).

Taquipnea Transitoria del Recién Nacido: predomina en el neonato a término nacido por cesárea, pero también se puede observar con cierta frecuencia en el Pretérmino, es una alteración leve y autolimitada, se produce por la distensión de los espacios intersticiales por el líquido pulmonar que da lugar al atrapamiento del aire alveolar y el descenso de la distensibilidad pulmonar, trayendo todo ello como consecuencia la taquipnea

- Clínica: Se caracteriza por un cuadro de dificultad respiratoria presente desde el nacimiento o en las 2 horas posteriores, en el que predomina la taquipnea que puede llegar a 100-120 respiraciones por minuto, solapándose en ocasiones con la frecuencia cardíaca. La presencia de quejido, cianosis y retracciones es poco común, aunque pueden observarse en las formas más severas de TTRN.
- Tratamiento: es auto limitada, la asistencia respiratoria adecuada para mantener un intercambio gaseoso suficiente durante el tiempo que dure el trastorno, generalmente no son necesarios concentraciones de oxígeno superiores al 40% para mantener una saturación al 90% (Coto, C. Lopez, S. Fernández ,C. & Alvarez, C., 2008).

Síndrome de Aspiración Meconial: (SAM) consiste en la inhalación de líquido amniótico teñido de meconio intraútero o intraparto, representa el 3% de los casos de Distress respiratorio neonatal y su incidencia disminuye a medida que mejora la atención obstétrica y los cuidados inmediatos del recién nacido, es una enfermedad del neonato a término o pos término siendo excepcional en el Pretérmino.

- Clínicamente: se caracteriza por la presencia de un Distress Respiratorio intenso, precoz y progresivo con taquipnea, retracciones, espiración prolongada e hipoxemia, en un neonato que presenta uñas, cabello y cordón umbilical teñidos de meconio. Suele apreciarse aumento del diámetro anteroposterior del tórax por enfisema pulmonar

debido a obstrucción de la vía aérea (“tórax en tonel”). En los cuadros severos es frecuente observar el desarrollo de hipertensión pulmonar persistente con hipoxemia refractaria (Coto, C. et., 2008).

Enfermedad Hemorrágica del Recién Nacido: este trastorno se caracteriza por hemorragia interna o externa espontánea a partir de cualquier momento después del nacimiento, la hemorragia temprana ocurre en el transcurso de 48h después del nacimiento. La enfermedad hemorrágica se puede evitar mediante la profilaxis de 1mg de vitamina k en el momento del nacimiento Intramuscular.

Policitemia e Hiperviscosidad: la policitemia y la hiperviscosidad neonatales ocurren como resultado de hipoxia crónica in útero, por transfusión aguda desde la placenta o un gemelo en el momento del parto. Conforme el hematocrito aumenta por arriba de 65% la viscosidad de la sangre se incrementa (Arca, G. Carbonell, X., 2008).

- Los signos y síntomas comprenden: plétora, cianosis y aberraciones neurológicas.
- Los datos de laboratorio incluyen hiperbilirrubinemia, trombocitopenia, eritrocitos fragmentados e hipoglicemia.
- El tratamiento consta de exsanguinotransfusión parcial con plasma para disminuir el plasma (Williams, 2005).

Anemia Neonatal: La anemia durante la primera semana de vida se confirma si los valores de hematíes descienden por debajo de 5.000.000 por mm³, Hematocrito central. La anemia de la prematuridad es un grado más acentuado de la anemia fisiológica, el nivel mínimo de hemoglobina se alcanza antes que en el neonato a término porque la supervivencia de los hematíes es menor y la velocidad de crecimiento del prematuro es mayor.

- ✓ Signos y síntomas: El signo más frecuente es la palidez de piel y mucosas (además de ictericia en la anemia hemolítica). Según la etiología y la velocidad de instauración se acompañará de otras manifestaciones.

- ✓ Manejo: La Transfusión concentrado de hematíes: No hay unas indicaciones inamovibles de transfusión las tendencias son cada vez más restrictivas: cuando aparece compromiso en la oxigenación tisular (hipoxia), (Arca, G. et., 2008).

Ictericia Neonatal: Es la coloración amarillenta de piel y mucosas ocasionada por el depósito de bilirrubina, clínicamente se observa en el recién nacido cuando la bilirrubinemia sobrepasa la cifra de 5 mg/dl. Puede detectarse blanqueando la piel mediante la presión con el dedo lo que pone de manifiesto el color subyacente de piel y tejido subcutáneo.

Por lo que se aplica la escala de kramer para valorar el grado de ictericia y la clasifica en 5 grados:

- ✓ Zona 1: Ictericia de la Cabeza y cuello valores <5mg/dl.
 - ✓ Zona 2: Ictericia de brazo, antebrazo, manos, torax y abdomen superior hasta el ombligo, valores 5-12mg/dl.
 - ✓ Zona 3: Ictericia de abdomen inferior, muslos hasta las rodillas, valores 8-16mg/dl.
 - ✓ Zona 4: ictericia piernas hasta los tobillo, valores de 10-18 mg/dl.
 - ✓ Zona 4: ictericia plantar y palmar valores >15mg/dl
- ☑ Manejo: Deberá procurarse una hidratación correcta, cuando se cree debida a lactancia materna se aumentarán la frecuencia de las tomas, pero si a pesar de ello la bilirrubinemia sobrepasa los 18 mg/dl, con tendencia a ascender, se puede considerar su sustitución durante 2-3 días por una fórmula de inicio y si al reintroducirla se presenta hiperbilirrubinemia importante, lo cual es poco probable, se suprimirá definitivamente.

Aparte del tratamiento específico de la causa, son muy útiles una serie de medidas:

- a) Fototerapia: Es la medida de utilidad indiscutible (Rodríguez, J. Figueras, J., 2008).

Asfixia Perinatal: se puede definir como la agresión producida al feto o al recién nacido por la falta de oxígeno y/o la falta de una perfusión tisular adecuada. Además, se ha establecido la categoría de “evento hipóxico centinela”, la cual incluye acontecimientos agudos, alrededor del parto, capaces de dañar a un feto neurológicamente intacto. Entre estos eventos se incluyen el desprendimiento prematuro de la placenta, la ruptura uterina, el prolapso de cordón, el embolismo de líquido amniótico, la exanguinación fetal por la existencia de vasa previa, y la hemorragia feto-materna los indicadores tradicionales utilizados en el pasado para establecer el diagnóstico de asfixia perinatal (test de Apgar, pH de cordón, necesidad de reanimación cardiopulmonar), son también inespecíficos e imprecisos, y solo identifican la probabilidad de encefalopatía, particularmente cuando se presentan concomitantemente varios marcadores y en sus formas más graves; pH 10 mEq/l y Apgar a los 5 min < 3.

Hipóxico-isquémica: se entiende como una constelación de signos neurológicos que aparece inmediatamente después del parto tras un episodio de asfixia perinatal y que se caracteriza por un deterioro de la alerta y de la capacidad de despertar, alteraciones en el tono muscular y en las respuestas motoras, alteraciones en los reflejos, y a veces, convulsiones. se produce como consecuencia de la privación de O₂ al cerebro, bien por hipoxemia arterial o por isquemia cerebral, o por la concurrencia de ambas situaciones.

El examen neurológico permite establecer la presencia o la ausencia de encefalopatía aguda. Se han diseñado una serie de esquemas de graduación que clasifican la profundidad de la EHI en distintos estadios (García, A. Martínez, M. & Arnaez, J., 2008).

Sepsis: Se entiende por sepsis neonatal aquella situación clínica derivada de la invasión y proliferación de bacterias, hongos o virus en el torrente sanguíneo del recién nacido y que se manifiesta dentro de los primeros 28 días de vida, si bien actualmente se tiende a incluir las sepsis diagnosticadas después de esta edad, en recién nacidos de muy bajo peso, Según su mecanismo de transmisión, se deben diferenciar dos tipos fundamentales de sepsis neonatal:

- ✓ Sepsis de transmisión vertical: que son causadas por gérmenes localizados en el canal genital materno y contaminan al feto por vía ascendente (progresando por el canal del parto hasta alcanzar el líquido amniótico) o por contacto directo del feto con secreciones contaminadas al pasar por el canal del parto. La mayoría de las sepsis verticales debutan en los primeros 3-5 días de vida, por lo que también reciben el nombre de sepsis de inicio precoz
- ✓ Sepsis de transmisión nosocomial: que son producidas por microorganismos localizados en los Servicios de Neonatología, suelen iniciar los síntomas pasada la primera semana de vida y son denominadas sepsis de inicio tardío.

Las manifestaciones clínicas: se presenta con mala regulación de la temperatura (fiebre/hipotermia).

- Dificultades para la alimentación, apatía, taquicardia inexplicable, de acuerdo a la fase de estado se acentúa la clínica inicial y síntomas:
- Síntomas digestivos: Rechazo de tomas, vómitos, diarrea, distensión abdominal, hepatomegalia, Ictericia.
- Signos neurológicos: Apatía, irritabilidad, hipotonía, hipertonia, temblores, convulsiones, fontanela tensa.

- ☑ El tratamiento se debe iniciar ante la sospecha de sepsis vertical (terapéutica empírica) con ampicilina y gentamicina cuyo espectro cubre los principales gérmenes implicados en estas infecciones (Colomer, F. López, S. Coto, C., 2008).

Hipoglicemia: La definición de hipoglucemia y el establecimiento de un valor límite bajo de glucemia de seguridad para evitar secuelas neurológicas ha sido y es discutido. En la actualidad a la vista de datos de seguimiento neurológico, metabólico y estadístico, es recomendable el mantener los niveles de glucosa por encima de 45 mg/dl a todas las edades.

Recién Nacido de Bajo Peso: El niño pequeño para su edad gestacional (PEG) se define como un recién nacido que presenta una longitud y/o peso al nacimiento < -2 DE o P3 para su edad gestacional, la etiología es variable entre ellos es el aporte de nutrientes en el feto depende entre otros del estado nutricional y salud de la madre, del desarrollo de la placenta y del flujo fetoplacentario. Presentan con mayor frecuencia policitemia, hiperbilirrubinemia e hipoglucemia (Grisolía, P. Busselo, S. & Zurriarán, M., 2008).

El Caput Succedaneum: es una colección serosanguinolenta subcutánea y extraperióstica. Tiene los bordes mal definidos, se acompaña de edema y suele extenderse cruzando las líneas de sutura, rara vez se complican, resolviéndose en pocos días sin tratamiento.

El cefalohematoma: es una hemorragia traumática subperióstica que afecta más frecuentemente al parietal. Su incidencia se estima en un 2'5 % de los nacidos vivos, es muy raro en los nacidos antes de las 36 semanas. Generalmente es unilateral (95%) y sus márgenes no rebasan los límites de las suturas. Su evolución es hacia la resolución espontánea en 1-2 meses con calcificación residual ocasional.

Las fracturas de huesos largos: son mucho menos frecuentes la falta de motilidad de un brazo o de una pierna pueden ser los primeros signos de fracturas de húmero o fémur. La inflamación local y el dolor a la movilización pasiva completan el cuadro (Alarcón, J. Melchor, J. & Martin, L., 2008)

5. MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio de tipo descriptivo en el departamento de ginecología del Hospital San Vicente de Paul del Cantón Pasaje de la Provincia del Oro durante el lapso; Enero-Diciembre del 2013 al 2015. El **universo:** estuvo compuesto por 718 recién nacidos y madres adolescentes que fueron atendidos en el servicio de ginecología, la **muestra:** fue obtenida de la fórmula de muestreo, donde se utilizó con un nivel de confianza del 95%, un margen de error del 5% y en cuanto a las variabilidades, la positiva se consideró de 0,5 y la negatividad va de 0.5 a 1, se tomó 0.5. Estuvo conformada por 252 madres adolescentes y sus recién nacidos mediante la fórmula:

$$n = \frac{Z^2 \cdot N \cdot p \cdot q}{e^2(N - 1) + Z^2 p \cdot q}$$

En donde

- n = tamaño de la muestra
- Z = nivel de Confianza 95% = 1.96
- N = es el tamaño de la población o universo = 718
- p= variabilidad negativa = 0.5
- q= variabilidad posita = 0.5
- e = error = 0.5

Efectuando la fórmula:

$$n = \frac{1.96^2 \cdot 718 \cdot 0.5 \cdot 0.5}{0.05^2(718 - 1) + 1.96^2 \cdot 0.5 \cdot 0.5}$$

$$n = \frac{3.84 \cdot 718 \cdot 0.5 \cdot 0.5}{0.0025(717) + 3.84 \cdot 0.5 \cdot 0.5}$$

$$n = \frac{689.28}{1.79 + 0.96}$$

$$n = \frac{689.28}{2.75}$$

$$n = 251$$

Tomando en cuenta los resultados anteriores para la selección se utilizó el muestreo aleatorio en múltiplo de 4 con el fin de seleccionar 7 pacientes por cada mes durante 3 años obteniendo así 252 casos. La encuesta que se utilizó consto de 10 ítems en la madre adolescente, la que registró; la edad, asistencia a controles prenatales, patologías durante el embarazo, entre otras y 13 ítems en el recién nacido donde se revisó; sexo, peso, medidas antropométricas, Test de APGAR, patologías perinatales.

Conocida ya la muestra se procedió a realizar un oficio dirigido al director del Hospital San Vicente de Paul de Pasaje, para que se me faciliten las historias clínicas de las adolescentes y sus recién nacido y así realizar mi investigación previa la obtención de título de Medica General, el mismo que autorizo al departamento de estadística para que me proporcionen las historias clínicas necesarias. Las encuestas fueron llenadas por la autora en base a lo que se encontró en las historias clínicas de la madre y la hoja perinatal.

El instrumento: fue la hoja de recolección de datos elaborada por la autora que constó de preguntas opcionales Anexo # 1.

El **método:** se basó en la revisión y recolección de información en formulario de datos elaborado por la autora (Anexo # 1). Una vez obtenido los datos necesarios se procedió a ordenar y tabular mediante programas procesadores de textos (Microsoft Word 2010) y estadísticos (Microsoft Excel 2010) obteniendo tablas y gráficos que permitirán construir su respectivo análisis, para luego realizar conclusiones y recomendaciones.

6. RESULTADOS.

DETERMINAR LA CONDICION DEL RECIEN NACIDO

TABLA N°1

CONDICION DEL RECIEN NACIDO POR LA APLICACIÓN DEL TEST DE APGAR AL 1 MINUTO Y A LOS 5 MINUTOS.

APGAR 1er minuto	FRECUENCIA	PORCENTAJE%
7-10 puntos	229	90.88
4-6 puntos	20	7.93
<3 puntos	3	1.19
Total	252	100%

APGAR a los 5min	FRECUENCIA	Porcentaje%
7-10 puntos	244	96.82
4-6 puntos	8	3.18
<3 puntos	0	0
Total	252	100%

Fuente: Hoja de recolección de datos

Elaborado: Karla Noemí Pardo León

La puntuación obtenida por el TEST de APGAR al primer minuto fue >7 puntos en el 90% (n = 229) y en menor porcentaje el 1% (n = 3) presentaron < 3 puntos. El APGAR a los 5min fue >7 puntos en el 96% (n = 244) y en menor porcentaje el 3% (n = 8) un puntaje de 4-6 puntos.

TABLA N°2

CONDICION DEL RECIEN NACIDO SEGÚN SU PESO Y DE ACUERDO A LA EDAD GESTACIONAL

PESO/ EDAD GESTACIONAL	FRECUENCIA	PORCENTAJE %
RNT/AEG	162	64.28
RNT/PEG	50	19.84
RNT/GEG	14	5.56
PREMATURO	26	10.31
TOTAL	252	100%

Fuente: Hoja de recolección de datos

Elaborado: Karla Noemí Pardo León

El peso del Recién Nacido de acuerdo a la edad gestacional el mayor porcentaje fue Adecuado para la Edad Gestacional que representa el 64% % (n= 162), y en menor porcentaje se obtuvo Recién Nacido Grande para la edad Gestacional que representa un 5% % (n= 14).

TABLA N°3

**CONOCER LAS PATOLOGÍAS MÁS FRECUENTES QUE SE PRESENTAN EN
LOS RECIÉN NACIDOS**

PATOLOGÍA	FRECUENCIA	PORCENTAJE %	PATOLOGÍA MAS FRECUENTE	FRECUENCIA
NO	135	53.58	0	0
			Distress	23
			Respiratorio (leve- Moderado)	
SI	117	46.42	Riesgo de Infeccion	19
			Bajo Peso	15
			Macrosomía	14
			Aspiración de Liquido Meconial	14
			Membrana Hialina	13
			Depresión Neonatal	11
			Otros	8
TOTAL	252	100%		

Fuente: Hoja de recolección de datos

Elaborado: Karla Noemí Pardo León

El Recién Nacido fue sano en un 53% (n= 135), mientras que el 46% (n= 117), presentó patología perinatal las cuales fueron: Distress Respiratorio (leve- Moderado), Riesgo de Infección, Bajo Peso, Macrosomía, Membrana Hialina, Depresión Neonatal.

TABLA N°4

CONOCER LA EDAD MÁS FRECUENTE DE EMBARAZO EN LAS ADOLESCENTES

AÑOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE %
15- 16	110	43.66
17-18	94	37.30
19	48	19.04
Total	252	100%

Fuente: Hoja de recolección de datos

Elaborado: Karla Noemí Pardo León

La edad en las adolescentes con mayor presencia de embarazo fue de 15 y 16 años con un porcentaje de 43% (n=110) y en menor porcentaje a los 19 años en un 19% (n=48).

TABLA N°5

IDENTIFICAR DEL NUMERO DE CONTROLES PRENATALES QUE ASISTIERON LAS ADOLESCENTES

CONTROLES PRENATALES	FRECUENCIA	PORCENTAJE %
1-3	58	23.01
4-5	120	47.61
>6	68	26.98
Ninguno	6	2.38
Total	252	100%

Fuente: Hoja de recolección de datos

Elaborado: Karla Noemí Pardo León

El número de controles prenatales que acudieron las adolescentes en su mayoría fue de 4 a 5 que representa el 47% (n=120) y en menor porcentaje 2% (n= 6) no tuvo ningún control prenatal.

TABLA N°6

**CONOCER LAS PATOLOGÍAS QUE PREDOMINAN DURANTE EL EMBARAZO
EN LAS ADOLESCENTES**

PATOLOGÍA	FRECUENCIA	PORCENTAJE %	PATOLOGÍA	FRECUENCIA
SI	180	71.42	IVU (180)	180
			Anemia	80
			Amenaza	60
			Aborto	
			Vaginosis	42
			Amenaza de Parto Pretérmino	45
			Preeclampsia (Leve- Moderada)	10
Otras	15			
NO	72	28.57	0	0
TOTAL	252	100%	0	0

Fuente: Hoja de recolección de datos

Elaborado: Karla Noemí Pardo León

La presencia de patologías durante el embarazo se presentó en el 71% (n=180) las más frecuente fueron: Infección de Vías Urinarias que estuvo presente en todas, Anemia, Amenaza de Parto Pretérmino y en menor porcentaje el 28% (n=72) no presentó ninguna patología.

TABLA N°7

CONOCER LA VIA DE FINALISACION DEL EMBARAZO Y SUS CAUSAS

TERMINACIÓN DEL EMBARAZO	FRECUENCIA	PORCENTAJE %	FRECUENCIA POR LA CAUSA	PORCENTAJE INDIVIDUAL %
PARTO VAGINAL	122	48.41	Eutócico (86)	34.12
			Distócico (36)	14.29
CESÁREA	130	51.59	Desproporción cefalopelvica +Oligoamnios (36)	14.29
			Cesárea anterior (22)	8.73
			Presentación podálica (16)	6.34
			SFA.+ labor de parto (15)	5.95
			Macrosomía fetal (14)	5.56
			Ruptura prematura de Membrana (12)	4.76
			otras (13)	5.15
TOTAL	252	100%		

Fuente: Hoja de recolección de datos

Elaborado: Karla Noemí Pardo León

La finalización del embarazo que se presentó en mayor porcentaje fue la cesárea en el 51% (n = 130), las principales causas fueron: Desproporción Cefalopelvica, Cesárea Anterior, Presentación Podálica y parto vaginal se dio en el 48% (n = 122) de las adolescentes.

7. DISCUSIÓN

El presente trabajo se realizó con una muestra 252 Madres Adolescentes y su Recién Nacido que fueron atendidos en el área de ginecología del Hospital San Vicente de Paul del Cantón Pasaje de la provincia del Oro, el mismo que presenta datos similares y comparativos con otros estudios.

Para describir la condición general del recién nacido abarca varios parámetros, en la presente investigación nos guiamos por el Apgar y el peso, estos parámetros son de vital importancia porque nos permiten valorar su estado, es así que la condición del recién nacido por el Test Apgar se obtuvo al 1er y a los 5 minutos puntuación >7 puntos en el 90%, un porcentaje pequeño el 3% presentó depresión neonatal. Datos similares encontramos en el estudio de Rosa Rodríguez, (2012), en España con una muestra de 68 neonatos de adolescentes el Test de APGAR al 1er minuto fue mayor o igual a 7puntos con el 95.2% ya los 5 minutos fue mayor igual a 7puntos que represento el 98.4%.

En el estudio de Luis Benítez, (2008), en Brasil con una muestra de 185 neonatos de madres adolescentes constataron que 164 tuvieron (Apgar mayor a 7), con 88% y 11 casos moderadamente deprimidos que abarca el 12% (Apgar entre 4-6), y solo 2 recién nacidos severamente deprimidos (Apgar menor a 3). Al obtener una puntuación de Apgar superior 7 es muy beneficio para el recién nacido asegura que tiene una buena oxigenación del cerebro lo que evita repercusiones neurológicas.

La condición del recién nacido por el peso, el 64% fueron Adecuados para la edad Gestacional. Datos son similares encontró en un estudio Isabel Cluet, en Venezuela (2013) con una muestra de 205 neonatos se obtuvo el 64,37% entre los 2.500-3.999gr y 15,13% fueron hijos prematuros.

Según el estudio Angélica Díaz, (2002) en Chile con una muestra de 178 neonatos se obtuvo que los niños adecuados para la edad gestacional eran de un 82,91% y los recién nacidos de bajo peso fue de 6,32%. En el estudio de Marilyn Anicama, (2011), en Perú se encontró que el 88.35% fueron Adecuado para la edad gestacional y el 11.68% estaban bajo peso. En base al peso del recién nacido se puede asegurar su bienestar y es así que en nuestra investigación se encontró un porcentaje adecuado en los parámetros normales.

Según Isabel Cluet, et (2013), con una muestra de 179 recién nacidos las patologías estuvieron presentes en 109 casos, agrupándose por aparatos y sistemas siendo las respiratorias las más frecuentes con el 78,32 % y las infecciosas en el 23,85 %. En la presente investigación la presencia de patologías perinatales se presentó en el 46% siendo más frecuente: Distres Respiratorio (leve- Moderado), Riesgo de Infección, el embarazo en adolescentes predispone el desarrollo de patologías perinatales. Datos similares encontramos Según Jorge Yu-Tang, (2000), en México con una muestra de 2523 adolescentes las complicaciones perinatales en recién nacidos fue del 24.3% las que se presentaron fueron: el síndrome de Distres respiratorio, Ictericia Neonatal y Riesgo de Infección. La presencia de patologías perinatales constituye un problema para la madre y el ministerio de salud pública.

En cuanto a la edad frecuente de embarazo en adolescente se obtuvo de 15 y 16 años el 43%, actualmente el embarazo ocurre cada vez a más temprana edad, como encontramos en el estudio de Washinton Guevara, (2012) en los colegios de Cuenca con 895 adolescentes concluyó que el embarazo 14 –16 años se presentó en el 48.1% (388casos). Como sabemos el embarazo en adolescentes es cada vez frecuente y se ha visto que es mayor en la región costa como encontramos según Viviana Rodríguez, (2013) en un estudio con una muestra de 100 adolescentes en la maternidad Mariana de Jesús en Guayaquil se encontró que el mayor

porcentaje de adolescentes embarazadas se presentó de 15 a 16 años con el 66%, mientras que en el rango de 17-19 años fue de 34%.

Según Marcos Silver, (2011), en Perú un estudio de 300 adolescentes el embarazo se encontró el 68% de 18-19 años y de 31% de 15-17 años. El embarazo en adolescentes es una condición delicada porque duplica la presencia de patologías prenatales y perinatales.

La importancia de los controles prenatales es para prevenir complicaciones que ponen en riesgo la vida de madre y el feto, el Ministerio de Salud Pública considera que el embarazo debe tener como mínimo 5 controles, en la presente investigación el número de controles que asistieron fue de 4 a 5 en el 47%, el 2% no tuvo control prenatal, y el 26% asistió a >6 controles. Datos similares se encuentra en el estudio de Claudia Arispe, et, (2011) en el Hospital Nacional Cayetano lima-Perú con muestra de 384 adolescentes se concluyó que 66,05% recibieron 6 ó más controles y sólo 7,36% tuvo Control Prenatal Adecuado (>8 controles), 145 puérperas tuvieron su primer antes de las 12 semanas. En las adolescentes es habitualmente insuficiente y a veces inexistente, 2001, en el Hospital Universitario San Vicente de Paúl, en Medellín, Colombia un porcentaje importante de pacientes que no había hecho control prenatal el 53,6% de las adolescentes. La asistencia al control prenatal promueve y previene patologías prenatales y perinatales.

En cuanto a la presencia de patologías durante el embarazo se presentó en el 71.42% las más frecuentes fueron: infección de vías urinarias anemia. La presente investigación no se aleja de la realidad según Angélica Díaz, et, (2002), un estudio retrospectivo en Chile con una muestra de 158 adolescentes se presentó en el 71% patologías, la infecciones del tracto urinario en el 49,36%, la presencia de anemia fue un 36,29% de las adolescentes. El embarazo en adolescentes aumenta la predisposición a patologías, como muestra Viviana Rodríguez, (2013), en la maternidad Mariana de Jesús en Guayaquil lo resultados obtenidos fueron patologías

que corresponde a IVU con el 47%, seguido de Vaginosis 21%, que en nuestra investigación es la tercera patología. En la adolescencia es frecuente la anemia, al estar embarazada descienden aún más los niveles de hemoglobina y hematocrito así como es susceptible a Infección de vías urinarias, datos similares encontramos en el estudio de Paula León, et, (2008), en Chile en el Hospital Clínico de Niños se encontró que en las adolescentes embarazadas se presentó Anemia el 49.36%, Infección Tracto Urinario el 23.2%, Retardo Crecimiento Intrauterino 12.02%. a diferencia de nuestro la anemia ocupó el segundo lugar.

La finalización del embarazo fue cesárea en el 51.59% de las adolescentes las principales causas fueron: Desproporción Cefalopelvica, Cesárea Anterior, Presentación Podálica, una de las principales causas de cesárea será la Desproporción Cefalopelvica debido que su desarrollo físico no se ha completado y el parto vaginal 48.41%, datos similares encontramos en el estudio de Viviana Rodríguez, (2013), con una muestra de 100 adolescentes entre 12 a 19 años en la maternidad de Guayaquil, el mayor índice de terminación del embarazo fue la cesárea en 60%, y el parto vaginal 40 % las causas fueron: Desproporción cefalopelvica, presentación podálica. Estos datos son similares según Jorge Yu-Tang, (2002), en México donde se demuestra que el número de cesáreas en adolescentes fue 48.9% y las principales causas fueron: Desproporción Cefalopelvica, Sufrimiento Fetal Agudo, Mala presentación, Cesárea previa. La desproporción pélvica es causa de cesárea a cualquier edad, pero en adolescentes su porcentaje aumenta ya que la adolescente no se ha desarrollado completamente, por lo que los índices de cesárea están elevados en países en vías de desarrollo por la presencia de adolescentes embarazadas.

Es así que los resultados obtenidos en la presente investigación no se alejan de las estadísticas de otros estudios obtenidos nacional e internacional acerca del embarazo en adolescentes aumenta la predisposición de complicaciones maternas y fetales.

8. CONCLUSIONES

Al finalizar el presente estudio con los objetivos planteados se concluyó lo siguiente:

- La Condición general del Recién Nacido de acuerdo al peso la mayoría fueron Adecuados para la edad gestacional, por la aplicación de APGAR alcanzaron una puntuación en rangos normales tanto para el 1er minuto como los 5 minutos en su mayoría.
- Las patologías perinatales se presentó en un número considerado de recién nacidos, las más frecuentes fueron: Distress Respiratorio, Riesgo de Infección.
- El embarazo en adolescente se presentó en mayor porcentaje a la edad de 15 y 16 años.
- A pesar de ser adolescentes la mayoría asistió a controles prenatales de 4 a 5, lo cual es importante para el bienestar materno-fetal, y un porcentaje menor de adolescentes no asistió a ningún control.
- Más de la mitad de las adolescentes presentaron patología en el embarazo las principales: Infección de Vías Urinarias y Anemia, lo que predispuso a que se presente patologías en el recién nacido.
- La finalización del embarazo en un poco más de la mitad fue cesárea, las principales causas de fueron: Desproporción Cefalopelvica, Cesárea Anterior, Presentación Podálica.

9. RECOMENDACIONES

- Fomentar la promoción y prevención de embarazos no deseados en adolescentes.
- Incentivar la buena alimentación y cuidados durante el embarazo así el niño se desarrolle adecuadamente.
- Promover la asistencia a mayor número de los controles prenatales en las adolescentes debido que tienen mayor predisposición a presentar complicaciones maternas y fetales.
- Concientizar a las adolescentes que el embarazo a esa edad en su mayoría finalizara en cesárea por el desarrollo incompleto de su cuerpo, lo que disminuye la capacidad ventilatoria del recién nacido con predisposición a presentar Distress Respiratorio.
- Realizar estudios posteriores a los recién nacidos aparentemente sanos para evaluar el crecimiento y desarrollo.

10. BIBLIOGRAFÍA

- Asociación Española de Pediatría (AEP). 2008. CUIDADOS GENERALES DEL RECIÉN NACIDO SANO. Protocolos Diagnóstico Terapéuticos: Neonatología “, España, pág.: 1-10. Disponible en: https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/2_2.pdf.
- Alcolea, S. Mohamed, D. 2011. GUÍA DE CUIDADOS EN EL EMBARAZO. Madrid; pág.: 7-77. Disponible en: <http://www.ingesa.msssi.gob.es/estadEstudios/documPublica/internet/pdf/Guiacuidadosembarazo.pdf>
- Anicama, M. 2011. PATOLOGÍAS MÁS FRECUENTES EN RECIÉN NACIDOS HIJOS DE MADRES ADOLESCENTES VERSUS MADRES NO ADOLESCENTES. Perú, pág.: 2-33. Disponible en: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/465/1/Anicama_mm.pdf
- American Academy of Pediatrics. 2015. ETAPAS DE LA ADOLESCENCIA”. Disponible: <https://www.healthychildren.org/spanish/paginas/editorial-policy.aspx>
- Banco Mundial. 2016. TASA DE FERTILIDAD EN ADOLESCENTES. Disponible en: <http://datos.bancomundial.org/indicador/SP.ADO.TFRT>.
- Benítez, L. 2008. “RESULTADOS PERINATALES DE MADRES ADOLESCENTES”, Argentina, pág.: 1-4. Disponible en: http://med.unne.edu.ar/revista/revista187/2_187.pdf
- Carballo, A. (2015). EMBARAZO ADOLESCENTES; RIESGOS Y CONSECUENCIAS. Guiainfantil. <http://www.guiainfantil.com/articulos/embarazo/embarazo-adolescente-riesgos-y-consecuencias/>.

- Cluet, I. 2013 “FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA PREMATURIDAD EN RECIÉN NACIDOS DE MADRES ADOLESCENTES”, Revista Scielo Venezuela; pág.: 1-4. Disponible en: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0048-77322013000300003
- Diaz, A. (2002). RIESGOS OBSTETRICOS EN EL EMBARAZO ADOLESCENTE. Revista Scielo, Chile, pag: 2-3. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262002000600009#3.
- García, A. Martínez, M .& Arnaez, J. (2008). ASFIXIA INTRAPARTO Y ENCEFALOPATÍA. Asociación Española de Pediatría, 3-11. Disponible en: <http://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/26.pdf>.
- Arispe, C. 2011. FRECUENCIA DE CONTROL PRENATAL INADECUADO Y DE FACTORES ASOCIADOS A SU OCURRENCIA”, Revista Scielo Lima- Perú, pág.: 2-5.
- Flores, C. Soto. E (2006). FECUNDIDAD ADOLESCENTE Y DESIGUALDAD EN COLOMBIA Y LA REGIÓN DE AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE, Organizado por la Comisión Económica de América Latina y el Caribe (CEPAL), Chile.
- Paisán, G. Sota, B. & Muga, Zurriarán. (2008). EL RECIÉN NACIDO DE BAJO PESO. ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE PEDIATRÍA, 1-7. Disponible en: http://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/9_1.pdf.

- Concejo Nacional de Salud. (CONASA). 2008. “COMPONENTE NORMATIVO NEONATAL”, ECUADOR, pág. 4-176. Disponible en: http://www.maternoinfantil.org/archivos/smi_D64.pdf
- Coto, C. Lopez, S. Fernández, C. & Alvarez, C. 2008. RECIÉN NACIDO A TÉRMINO CON DIFICULTAD RESPIRATORIA. Asociacion Española de Pediatría; pág.: 2-21. Disponible en: <https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/30.pdf>
- Papalia, D. Olds, S. 2010. DESARROLLO HUMANO. MEXICO: McGRAW-HILL; México; paginas 352. Disponible en: <https://iessb.files.wordpress.com/2015/03/175696292-desarrollo-humano-papalia.pdf>
- Direccion Nacional de Maternidad e Infancia., DNMI. 2013. Control preconcepcional., Argentina; pág.: 14-83. Disponible: <http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000158cnt-g02.control-prenatal.pdf>
- Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC). 2010. “EMBARAZO ADOLESCENTE”. Ecuador, pág.: 1. Disponible en: http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/webinec/Infografias/embarazos_adol-escentes1.pdf
- López, P. 2008. EMBARAZO EN ADOLESCENTES. Chile, pág.: 42-51. Disponible: de http://www.revistapediatria.cl/vol5num1/pdf/5_EMBARAZO%20ADOLESCENTE.pdf.
- López, J. & Valls, A. 2008. SÍNDROME DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, España, pág.: 1-6. Disponible: <https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/31.pdf>..

Fernández, C. López, S. Coto, C. 2008. SEPSIS DEL RECIÉN NACIDO. Asociación Española de Pediatría; pág.: 2-18. Disponible: http://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/21_0.pdf

G.Arca, X. Carbonell. (2008). Anemia neonatal . Asociación Española de Pediatría, 2-10.

INEC. (2010). Embarazo en Adolescente. Obtenido de http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Infografias/embarazos_adolescentes1.pdf

Ines Sanchez. (2013). Test de Silverman-Anderson. España.

Cluet, I, 2013. Factores de riesgo asociados a la prematuridad en recién nacidos de madres adolescentes. Scielo, 1-4.

Lopez, J. & Valls, A . 2008. Síndrome de Dificultad Respiratoria . Asociación Española de Pediatría, 1-6.

Rodríguez, J. Figueras, J., 2008. ICTERICIA NEONATAL. Asociación Española de Pediatría; pág.: 2-12. Disponible en: <http://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/38.pdf>

Justino Alarcón, Juan Melchor & Lucila Martín. (2008). La patología neonatal asociada. Asociación Española de Pediatría., 2-8.

Krauskopf, D. (2009). El desarrollo psicológico en la adolescencia. Scielo .

López, M. (2012). Regulación neurológica y hormonal de la función reproductora. Fisiología de la pubertad y del climaterio . España .

Poffald, L. 2013. BARRERAS Y FACILITADORES PARA EL CONTROL PRENATAL EN ADOLESCENTES. Chile; pág.: 1-8. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/spm/v55n6/v55n6a6.pdf>

Ministerio de Salud Pública, (MSP 2012), “CLASIFICACIÓN DE RIESGO OBSTÉTRICO”, Quito-Ecuador, pág.: 1-4. disponible en: <https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/ANEXO%20%20-%20CLASIFICACI%C3%93N%20DE%20RIESGOS%20OBST%C3%89TRICOS.pdf>.

Ministerio de Salud Pública, 2015. “CONTROL PRENATAL”, Guía de Práctica Clínica, Quito-Ecuador; pág. 3-47. Disponible en: <http://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2014/05/GPC-CPN-final-mayo-2016-DNN.pdf>

Manual CTO, M. (2012). Cuidados al recién nacido sano: cuidados generales.

Gómez, M. Danglo, C. Aceve, A. 2012. CLASIFICACIÓN DE LOS NIÑOS RECIÉN NACIDOS. Revista Mexicana de Pediatría; Vol. 79, pág.: 1-8. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/pediat/sp-2012/sp121g.pdf>

Ulanowicz, M. 2006. RIESGOS EN EL EMBARAZO ADOESCENTE. Revista de Posgrado de la Via Catedra de Medicina, 13-17; disponible en: http://med.unne.edu.ar/revista/revista153/4_153.htm

Ministerio de Salud de Nicaragua, 2008. NORMAS Y PROTOCOLOS PARA LA ATENCION PRENATAL, PARTO, RECIEN NACIDO Y PUERPERIO DE BAJO RIESGO; pág. 77-199. disponible: <http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s18992es/s18992es.pdf>

Organización, Mundial de la Salud. 2016. DESAROLLO EN LA ADOLESCENCIA.

Disponible: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/

Organización Mundial de la Salud (OMS). 2016. EMBARAZO EN DOLESCENTE .

Disponible en: <http://www.who.int/topics/pregnancy/es/>

Republica, L. (23 de febrero de 2012). “MÁS DEL 17% DE ECUATORIANAS ENTRE 15

Y 19 AÑOS SON MADRES”, Revista de Periódico Ecuador, pág. 1-2. Disponible en:

<http://www.larepublica.ec/blog/sociedad/2012/02/23/mas-del-17-de-ecuatorianas-entre-15-y-19-anos-son-madres/>

Blos, P. 1971. “TRANSICIÓN ADOLESCENTE”, Alemania, Primera Edición. Disponible en:

<https://es.scribd.com/doc/62628660/Peter-Blos>

Rodriguez, J. 2013. HIGH ADOLESCENT FERTILITY IN THE CONTEXT OF

DECLINING FERTILITY IN LATIN AMERICA”, New York, page: 20-35.

Rodríguez, J. Melchor, J. & Martín, L. 2008. “LA PATOLOGÍA NEONATAL ASOCIADA

AL PROCESO DEL PARTO”, España, pág.: 2-8. disponible en:

http://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/14_1.pdf.

Rodriguez, V. (2012). EMBARAZO EN ADOLESCENCIA. Maternidad Mariana de Jesús,

Guayaquil, pág.: 12-15, obtenido de:

<http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/1978/1/TESIS%20VIVIANA%20RODRIGUEZ%20AQUINO.pdf>guayaquil.

Rodríguez, V. 2013. INCIDENCIA DEL EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA EN

MUJERES DE 12 A 18 AÑOS EN MATERNIDAD MARIANA DE JESÚS” DE

SEPIEMBRE 2012 A FEBRERO DEL 2013”, Guayaquil, disponible en:

<http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/1978/1/TESIS%20VIVIANA%20RODRIGUEZ%20AQUINO.pdf>.

Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO). 2010. CONTROL PRENATAL DEL EMBARAZO NORMAL; España, pag: 7-20, disponible en: https://www.elpartoesnuestro.es/sites/default/files/recursos/documents/sego_protocolo_control_prenatal_2010.pdf.

Fondo de Población de las Naciones Unidas. (UNFPA). 2014. “PROTOCOLO DE ATENCIÓN A LA ADOLESCENTE EMBARAZADA”, Bogotá-Colombia, pág.: 54-143. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/SM-Protocolo-atencion-embarazada-menor-15.pdf>

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. (UNICEF), 2011. “LA ADOLESCENCIA UNA ÉPOCA, DE OPORTUNIDADES”, pág.: 6-7, Nueva York, NY 10017, EEUU, disponible en: http://www.unicef.org/honduras/Estado_mundial_infancia_2011.pdf

UNICEF. (2014). VIVENCIAS Y RELATOS SOBRE EL EMBARAZO EN ADOLESCENTES. Panama; pág.: 20-85, obtenido de: [http://www.unicef.org/ecuador/embarazo_adolescente_5_0_\(2\).pdf](http://www.unicef.org/ecuador/embarazo_adolescente_5_0_(2).pdf)

YU-TANG, J. (2002). COMPLICACIONES PERINATALES Y VÍA DE PARTO EN RECIÉN NACIDOS DE MADRES ADOLESCENTES TEMPRANAS Y TARDIAS . Revista Scielo; Perú. Disponible en: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/anales/v61_n1/madres_adoles.htm.

11. ANEXOS

ANEXOS # 1



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

ÁREA DE LA SALUD HUMANA

MEDICINA HUMANA

HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS DE LA MADRE ADOLESCENTE

Por medio de la presente se pretende revisar las historias clínicas para realizar el trabajo de investigación planteado “Condiciones del Recién Nacido de madres adolescentes del hospital de Pasaje del periodo 2013-2015”.

1) Edad de la madre adolescente

15 a 16 años ()

17 a 18 ()

19 años ()

2) Edad en la que inicio las relaciones sexuales

< 12 años ()

13 a 15 años ()

16 a 18 años ()

>19años

3) El embarazo fue planificado

Si ()

No ()

Se quedó embarazada usando algún método contraceptivo

Si ()

Preservativo () píldora de emergencia () otros ()

- No usaba ()
- 4) Semanas gestacionales de acuerdo por FUM
- 37 a 41.7 SG ()
- < 37 SG ()
- > 42 SG ()
- 5) Semanas gestacionales de acuerdo por Ecografía
- 37 a 41.6 SG ()
- < 37 SG ()
- > 42 SG ()
- 6) ¿Cuántas semanas tenía cuando fue al primer control de embarazo?
- 8 a 16semanas ()
- 17 a 24 semanas ()
- >25semanas ()
- 7) Controles realizados durante el embarazo
- 1 a 3 ()
- 3 a 5 ()
- >6 ()
- 8) Se realizó los exámenes correspondiente al embarazo
- 1 trimestre si () No ()
- 2 trimestre si () No ()
- 3 trimestre si () No ()
- 9) Ecografías obstétricas realizadas durante el embarazo
- 1 a 3 ()
- 3 a 5 ()
- > 6()

10) Presento alguna patología durante el embarazo

- ✓ Preeclampsia: leve () Moderada () Grave ()
- ✓ Infección de Vías Urinarias
- ✓ Vaginosis ()
- ✓ Amenaza de parto Pretérmino ()
- ✓ Amenaza de aborto ()
- ✓ Anemia leve () Moderada () Grave ()
- ✓ Diabetes mellitus ()
- ✓ Anomalías en la inserción de placenta
- ✓ Ruptura prematura de membranas ()
- ✓ Oligoamnios ()
- ✓ Fístula amniótica ()
- ✓ Pielonefritis ()
- ✓ Otras ()

ANEXOS # 2



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

ÁREA DE LA SALUD HUMANA

CARRERA DE MEDICINA

HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS DEL RECIÉN NACIDO

Por medio de la presente se pretende revisar las historias clínicas del Recién Nacido para realizar el trabajo de investigación planteado “Condiciones del Recién Nacido de madres adolescentes del hospital de Pasaje en el periodo 2013-2015”

1) Sexo del RN

M () H ()

2) Semanas Gestacionales del RN por el test de Ballard

37 a 41.7 SG ()

Menor de 37 SG ()

Mayor a 42 SG ()

3) Obtenido por

Parto

- Eutócico ()

- Distócico ()

Cesárea debido a:

- Sufrimiento fetal agudo ()

- Ruptura prematura de membranas ()

- Cesárea anterior ()

- Desproporción cefalopelvica ()

- Presentación pelviana ()

- Oligoamnios severo ()

- Macrosomía fetal ()

- Otros ()

4) APGAR al 1er minuto

7 a 10 ()

4 a 6 ()

<3 ()

5) APGAR a los 5min

7 a 10 ()

4 a 6 ()

<3 ()

6) Color de líquido amniótico

Claro ()

Meconial + ()

Meconial ++ ()

Meconial +++ ()

7) Peso del Recién Nacido

2.500gr a 4.000gr ()

Mayor a 4.000gr ()

Inferior a 2.500gr ()

8) Talla del Recién Nacido

48 a 52cm ()

45 a 47cm ()

Menor a 45cm ()

9) Perímetro cefálico del Recién Nacido

32 a 34.5cm ()

Mayor a 34cm ()

Menor a 32cm ()

10) Perímetro torácico del Recién Nacido

32 a 34cm ()

Mayor a 34cm ()

Menor a 32cm ()

11) Perímetro Abdominal del Recién Nacido

30 a 32cm ()

Mayor a 32cm ()

Menor a 30cm ()

12) Peso del Recién Nacido de acuerdo a la edad Gestacional aplicando es test de Ballard

Recién Nacido Termino Adecuado para la edad gestacional ()

Recién Nacido Termino Pequeño para la edad gestacional ()

Recién Nacido Termino Grande para la edad gestacional ()

Prematuro ()

13) Recién nacido presento algún Patología

SI ()

NO ()

Distres Respiratorio ()

Aspiración de meconio ()

Macrosomía Fetal ()

Riesgo de infección

Sepsis Neonatal ()

Incompatibilidad Sanguínea ()

Membrana hialina

Taquipnea transitoria del recién Nacido

Asfixia perinatal ()

Aspiración de meconio ()

Macrosomía fetal ()

Ictericia transitoria del recién nacido

Otras ()

ANEXOS # 3

Loja 12 de Diciembre del 2016

Ciudad.-

De mi consideración.-

Yo, Celia Esperanza Curipoma Tenezaca, portadora de la CI:1103483713, Licenciada de Ingles, graduada en la Universidad de Loja, por medio de la presente me dirijo a Usted para certificar que he Revisado y traducido en el idioma inglés, el resumen de la Tesis titulada “CONDICIONES DEL RECIÈN NACIDO DE MADRES ADOLESCENTES EN EL HOSPITAL DE PASAJE EN EL PERIODO 2013- 2015” de autoría de la señorita Karla Noemí Pardo León.

Esto es en cuanto puedo asegurar del presente, sírvase dar uso en sus fines personales.

Atentamente:

.....
Licenciada. Celia Esperanza Curipoma Tenezaca

CI: 1103483713

ANEXOS # 4

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

TEMA:

CONDICIONES DEL RECIEN NACIDO DE MADRES ADOLESCENTES EN EL
HOSPITAL DE PASAJE EN EL PERIODO 2013-2015.

PROBLEMÁTICA

La OMS define la adolescencia como el periodo de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta. 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, superado únicamente por el que experimentan los lactantes. Esta fase de crecimiento y desarrollo viene condicionada por diversos procesos biológicos. El comienzo de la pubertad marca el pasaje de la niñez a la adolescencia.¹

Clasificación de la adolescencia por la UNICEF: la clasifica en dos etapas, adolescencia Temprana y tardía.

Adolescencia temprana (de los 10 a los 14 años): Es en esta etapa en la que, por lo general, comienzan a manifestarse los cambios físicos, que usualmente empiezan con una repentina aceleración del crecimiento, seguido por el desarrollo de los órganos sexuales y las características sexuales secundarias. Es durante la adolescencia temprana que tanto las niñas como los varones cobran mayor conciencia de su género que cuando eran menores, y pueden ajustar su conducta o apariencia a las normas que se observan.

Adolescencia tardía (de los 15 a los 19 años): abarca la parte posterior de la segunda década de la vida, en líneas generales entre los 15 y los 19 años de edad. Para entonces, ya usualmente han tenido lugar los cambios físicos más importantes, aunque el cuerpo sigue desarrollándose.

1. ¹ Organización Mundial de la Salud, “Desarrollo en la Adolescencia”. 2016 disponible en: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/.

El cerebro también continúa desarrollándose y reorganizándose, y la capacidad para el pensamiento analítico y reflexivo aumenta notablemente.²

El embarazo es un proceso fisiológico, por tanto la atención prestada a las gestantes debe estar basada en los cuidados para su desarrollo normal, el uso de la tecnología apropiada y en el reconocimiento del importante papel que tiene la propia mujer en la toma de las decisiones que le afectan.

Definiremos el embarazo adolescente como la gestación en mujeres, cuyo rango de edad se considera adolescente, independiente de su edad ginecológica. 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.³

El control prenatal es conjunto de actividades y procedimientos que el equipo de salud ofrece a la embarazada con la finalidad de identificar factores de riesgo en la gestante y enfermedades que puedan afectar el curso normal del embarazo y la salud del recién nacido/a. Los componentes que abarca el control prenatal son: promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud materna y neonatal con enfoques de interculturalidad, género y generacional. Un control prenatal óptimo en el embarazo de bajo riesgo según la Organización Mundial de la Salud comprende un mínimo de cinco chequeos por personal profesional de salud calificado (médico u obstetrix).⁴

² Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF -2011), “La Adolescencia una Época, de Oportunidades”, pag:6-7, Nueva York, NY 10017, EEUU, disponible en: http://www.unicef.org/honduras/Estado_mundial_infancia_2011.pdf.

³ López P. et, 2008, “Embarazo Adolescente”, Revista Pediátrica, Chile, pág.: 42-51, obtenido de: http://www.revistapediatria.cl/vol5num1/pdf/5_EMBARAZO%20ADOLESCENTE.pdf

⁴ Ministerio de Salud Pública del Ecuador “Control Prenatal Guía de Práctica Clínica (GPC) Av. República de El Salvador N36-64 y Suecia Quito – Ecuador 2015 disponible en: <http://es.slideshare.net/pomicin/gpc-control-prenatal-2015-msp-ecuador-2015>.

El embarazo en las adolescentes trae consigo un elevado riesgo de complicaciones para la salud de la madre y de su hijo; dichas complicaciones deben ser conocidas por los profesionales de la salud, con el fin de detectar tempranamente riesgos y brindar cuidado oportuno y de calidad a las mujeres adolescentes embarazadas.

Las mujeres adolescentes embarazadas están más predispuestas a complicaciones, como

- ✓ la hipertensión inducida por el embarazo, la preeclampsia,
- ✓ Eclampsia,
- ✓ Poca ganancia de peso,
- ✓ Anemia,
- ✓ Parto pretérmino,
- ✓ Hemorragias
- ✓ Trabajo de parto prolongado,
- ✓ Ruptura prematura de membranas
- ✓ Las lesiones durante el parto
- ✓ Desproporción céfalo-pélvica.⁵

La morbilidad en la gestación de la adolescente se puede clasificar por periodos;

- ✓ en la primera mitad de la gestación destacan el aborto, la anemia, las infecciones urinarias y la bacteriuria asintomática.
- ✓ En la segunda mitad los cuadros hipertensivos, las hemorragias por enfermedades placentarias, la escasa ganancia de peso con malnutrición materna concomitante, anemia, síntomas de parto prematuro, rotura prematura de membranas, desproporción

⁵ Norma Nnoguera O. Herly Alvarado R. "Embarazo en Adolescentes" Facultad de Enfermería, Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá, Colombia. Revista colombiana de enfermería año 2012 pag. 154. Dsponible en: http://www.uelbosque.edu.co/sites/default/files/publicaciones/revistas/revista_colombiana_enfermeria/volumen7/embarazo.pdf.

céfalo-pélvica por desarrollo incompleto de la pelvis ósea materna y trabajo de parto prolongado. ⁶

El embarazo en la adolescencia constituye un acontecimiento biológico con implicancias psicológicas y sociales que han variado a través de las épocas. El riesgo de muerte para madres de 15 años o más jóvenes es 60% mayor que el de madres de 20 años

Factores de Riesgo materno-fetal

- ✓ El Estilo de vida: Las madres adolescentes son más dadas a demostrar comportamientos tales como fumar, uso de alcohol, abuso de drogas; alimentación muy deficiente. Esto puede poner al bebé en un riesgo alto de crecimiento inadecuado, infecciones y dependencia química.
- ✓ Enfermedades de Transmisión sexual.- La promiscuidad y la falta de educación en estas áreas, agravan los riesgos de la adolescente embarazada. Complicaciones para la madre adolescente:
- ✓ El Control Prenatal tardío: Estas jóvenes en general concurren tardíamente al control prenatal, o no asisten, por lo tanto no se pueden prevenir los problemas maternos y del bebé. Las adolescentes embarazadas tienen un riesgo mucho más alto de complicaciones médicas anemia importante,
- ✓ parto prematuro y/ o placenta previa. ⁷

Complicaciones más frecuentes del recién nacido de madres adolescentes:

⁶ Ana María Mora-Cancino, Marcelino Hernández-Valencia, "Embarazo en la adolescencia" Hospital General de Ecatepec Dr. José Ma. Rodríguez, Instituto de Salud del Estado de México, Artículo de revisión Ginecol Obstet Mex 2015;83:294-301, México disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2015/gom155e.pdf>.

⁷ Claudia Gamboa Montejano, Sandra Valdés Robledo "El Embarazo en Adolescentes" Subdirección de Análisis de Política Interior (SAPI), Delegación Venustiano Carranza; C.P. 15969 México, 2013 pag: 6-8. Disponible en: <http://www.diputados.gob.mx/sedia/sia/spi/SAPI-ISS-38-13.pdf>.

- ✓ Prematurez
- ✓ Peso bajo para la edad gestacional
- ✓ Sepsis Neonatal
- ✓ Síndrome dificultad respiratoria
- ✓ Asfixia perinatal
- ✓ Trauma obstétrico
- ✓ Aspiración de meconio.⁸

PANORÁMICA INTERNACIONAL DEL EMBARAZO EN ADOLESCENTES

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 muchachas. Las tasas nacionales oscilan de 1 a 299 nacimientos por 1000 muchachas, siendo las más altas las del África Subsahariana.⁹

De acuerdo con la OMS anualmente alrededor de 16 millones de niñas de entre 15 y 19 años dan a luz lo que representa aproximadamente el 11% de todos los nacidos en el mundo y para reducir el número de embarazos precoces recomienda contar con leyes y actividades comunitarias que apoyen la edad mínima para contraer matrimonio, así como un mejor acceso a la anticoncepción. Con relación a América Latina, el documento Prevención del embarazo adolescente, Una Mirada Completa emitido por el Fondo de Población de las Naciones Unidas,

⁸ Luis Paulino Islas Domínguez, Lino Cardiel Marmolejo, Juan Fernando Figueroa Rodarte, “Recién nacidos de madres adolescentes”, Revista Mexicana de Pediatría Vol:77, pag :152-155 año 2012, disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/pediat/sp-2010/sp104d.pdf>.

⁹ OMS “embarazo en adolescentes” de septiembre de 2014 disponible <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs364/es/>.

indica que de acuerdo al informe del Estado de la Población Mundial por cada mil nacimientos que ocurren en América del sur 74 provienen de mujeres adolescentes.¹⁰

Las complicaciones durante el embarazo y el parto son la segunda causa de muerte entre las muchachas de 15 a 19 años en todo el mundo. Sin embargo, desde el año 2000 se han registrado descensos considerables en el número de muertes en todas las regiones, sobre todo en Asia Sudoriental, donde las tasas de mortalidad se redujeron de 21 a 9 por 100 000 muchachas. Cada año se practican unos 3 millones de abortos peligrosos entre muchachas de 15 a 19 años, lo que contribuye a la mortalidad materna y a problemas de salud prolongados (OMS 2014).

En Latinoamérica se realizó un estudio en Venezuela sobre Incidencia de embarazos en adolescentes y factores de riesgo asociados en la consulta de control prenatal. Entre los hallazgos más importantes se encontró, que el 41% de las embarazadas eran adolescentes; el 65% se encontraba en etapa tardía de la adolescencia; el 26% presentaban estado nutricional bajo; el 87% se encontraba en nivel educativo secundario; el 50% son solteras; el 66% su ocupación es estudiantes y el 34% son amas de casa; el 55% acudieron a su primer control prenatal al I trimestre del embarazo; el 64% son I gestas; el 74% no habían planificado su embarazo; en cuanto al control prenatal el 30% tienen un embarazo mal controlado y el 27% no se controla el embarazo; Las complicaciones más frecuentes: infecciones del tracto urinario y anemias con 41% cada una, la hipertensión arterial inducida por el embarazo con 5%. Se concluye que existe una alta incidencia de embarazos en adolescentes con significativa relación entre los factores de riesgo estudiados.

Se realizaron búsquedas en el Registro de Estudios Clínicos del Grupo Cochrane de Embarazo y Parto (Cochrane Pregnancy and Childbirth Group) (31 de octubre de 2014), Se

¹⁰ Claudia Gamboa Montejano, Sandra Valdés Robledo " El Embarazo en Adolescentes" Subdirección de Análisis de Política Interior (SAPI), Delegación Venustiano Carranza; C.P. 15969 México, 2013 pag: 6-8. Disponible en: <http://www.diputados.gob.mx/sedia/sia/spi/SAPI-ISS-38-13.pdf>.

incluyeron cuatro estudios clínicos (2350 mujeres). El riesgo global de sesgo para los estudios incluidos se consideró aceptable en dos estudios y bueno en los otros dos estudios. No se observaron diferencias estadísticamente significativas entre las mujeres que recibieron atención prenatal grupal y las que recibieron atención prenatal individual estándar para el resultado primario de nacimiento prematuro (razón de riesgo [RR]: 0,75; intervalo de confianza del 95% [IC 95%]: 0,57 a 1,00; tres estudios clínicos; N = 1888). La proporción de neonatos de bajo peso al nacer (menos de 2500 g) fue similar entre los grupos (RR: 0,92; IC 95%: 0,68 a 1,23; tres estudios clínicos; N = 1935). No se observaron diferencias entre los grupos para los resultados primarios de neonatos pequeños para la edad gestacional.

En Ecuador, dos de cada tres adolescentes entre 15 y 19 años, sin educación, son madres o están embarazadas por primera vez (ENDEMAIN, 2004). La tendencia del incremento del embarazo en menores de 15 años en la última década es del 74%, y en mayores de 15 años es del 9% (Documento de la Estrategia Nacional Intersectorial de Planificación Familiar, 2010). La tendencia de la fecundidad adolescente en Ecuador es la más alta de la subregión andina, llegando a 100 por 1.000 nacidos vivos.

PROBLEMA

¿CUALES SON CONDICIONES DEL RECIEN NACIDO DE MADRES
ADOLESCENTES EN EL HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE PASAJE EN EL
PERIODO 2013-2015?

JUSTIFICACIÓN

El embarazo es el deseo de toda mujer en etapa de reproductiva pero en la actualidad en las adolescentes es un problema de salud pública ya que trae consigo un número elevado de complicaciones materno-fetal, ya que en estos tiempos los adolescentes inician su vida sexual a temprana edad y la mayor parte sin el uso de métodos anticonceptivos lo que aumenta los embarazos no deseado y las enfermedades de transmisión sexual y como consecuencia tenemos disfunción familiar, abandono de los estudios.

El embarazo en adolescentes es considerado de alto riesgo debido que no hay el desarrollo completo de órganos reproductivos, del estado físico, mental, emocional, lo que conlleva a un desinterés del embarazo y la inasistencia a los controles prenatales lo que conlleva al aumento de complicaciones durante el embarazo entre las cuales tenemos:

- Infeccion de Vías urinarias
- Infecciones Genitales asociadas al aborto o infección del Recién Nacido
- Anomalías Congénitas (Anomalías Cardiacas, Hidrocefalia)
- Enfermedades Hereditarias y Síndromes Genéticos
- Infecciones Congénitas (la Rubéola fetal)
- Enfermedades Cromosómicas (Síndrome de Down)
- Embarazos Múltiples
- Amenaza de Parto Prematuro
- Problemas Placentarios (Placenta Previa, Desprendimiento Prematuro)
- Anemia
- Preeclampsia
- Trastornos de Crecimiento Fetal (Retardo de Crecimiento Intrauterino)
- Diabetes gestacional

- Incompatibilidad de Grupo Sanguíneo (Enfermedad por Rh incompatible)
- Síndrome Distress respiratorio

Dichas patologías pueden ser detectadas durante los controles prenatales mediante la realización de: anamnesis examen físico, historia clínica y los exámenes que se realiza a las madres en gestación (biometría hemática, grupo sanguíneo, química sanguínea, examen de orina, VDRL, TORCHS, VIH, ecografía obstétrica, test de Sullivan etc.) ya que llevando un control adecuado disminuiría las complicaciones materno-fetal, aunque el tan solo hecho de ser adolescente tiene riesgo de complicaciones

El aumento al ingreso en el servicio de ginecología de adolescentes embarazadas ya sea para el trabajo de parto o para realizar cesárea de acuerdo el riesgo materno-fetal y debido al ingreso al servicio de neonatología del recién nacido de madres adolescente debido a que presenta alguna patología o complicación durante o después del nacimiento. Me he visto interesada en el estudio de esta investigación que tiene como objetivo. Describir las Condiciones del Recién Nacido de Madres Adolescentes en el Hospital San Vicente de Paul de Pasaje en el periodo 2013-2015. Y debido que es un requisito para la obtención de mi Título de Médico General, por medio de la temática se brindara charlas, trípticos y se dará a conocer que el solo ser adolescente tiene predisposición de que sus hijos tenga alguna complicación durante o posterior al nacimiento y que acompañado de la inasistencia los controles prenatales adecuados puede traer complicaciones que comprometen la vida materno-fetal.

La investigación es importante para las gestantes adolescentes porque explicando que el embarazo en si implica un riesgo a su edad y que el uso de métodos anticonceptivos sería una herramienta de mucha ayuda para evitar los embarazos que en muchas ocasiones les toca afrontarlas solas y por ende la inasistencia a los controles prenatales lo que aumenta las complicaciones materno-fetales, la información sobre el problema se facilitara a las

adolescentes gestantes, familiares y se lo difundiría en el hospital para evitar los embarazos a temprana edad y que en nuestra sociedad constituyen un gran problema de la salud pública.

Finalmente una vez realizado los objetivos planteados, se difundirá los resultados en la institución donde fue realizado para que de esta manera sirvan, con la finalidad de conocer la calidad de salud en lo referente a las condiciones del recién nacido de madres adolescentes de esta manera contribuir con la población que acude al Hospital San Vicente de Paul del cantón de Pasaje.

OBJETIVOS

Objetivo General:

- ❖ Describir las condiciones del Recién Nacido de Madres adolescentes en el Hospital San Vicente de Paul de Pasaje en el periodo 2013 -2015.

Objetivos Específicos:

- ❖ Conocer las patologías más frecuentes que se presentan en los recién nacidos de madres adolescentes
- ❖ Determinar la edad que predomina el embarazo en adolescentes.
- ❖ Identificar el número de controles prenatales que asisten las adolescentes.
- ❖ Conocer las patologías que predominan durante el embarazo en las adolescentes.
- ❖ Identificar la vía de finalización del embarazo y sus causas.

METODOLOGÍA

1. **TIPO DE ESTUDIO:** El presente estudio fue realizado de tipo descriptivo.
2. **LUGAR DE REALIZACIÓN:** Hospital San Vicente de Paul del Cantón Pasaje de la provincia del Oro.
3. **PERIODO DE DURACIÓN:** Enero- Diciembre 2013-2015
4. **TIEMPO DE DURACIÓN:** 3años
5. **UNIDAD DE ANÁLISIS:** Departamento de Ginecología
6. **UNIVERSO:** Todos los recién Nacidos de las madres que estaban ingresadas en el servicio de ginecología del Hospital san Vicente de Paul.
7. **Muestra:** Los Recién nacidos y madres adolescentes que estaban ingresadas en el servicio de ginecología del Hospital san Vicente de Paul. Se tomara la muestra en múltiplo de 4.

Criterios de inclusión y exclusión:

- **Criterios Inclusión:**

- ✓ Todos los Recién Nacidos y las adolescentes que estaban ingresadas en el servicio de ginecología del Hospital San Vicente de Paul en el periodo 2013-2015.

- **Criterios Exclusión:**

- ✓ Recién Nacidos de madres no adolescentes. .
- ✓ Los Recién Nacidos que posiblemente fallezcan

Criterios Éticos: para el desarrollo de esta investigación se cumplirán con los principios básicos del proceso investigativo. Pidiendo la aprobación y colaboración del director del hospital así también como a los médicos que participen en este proceso investigativo. Se brindara la información al personal del servicio donde se lo va a realizar, así como al equipo

de estadísticas para que se nos facilite los métodos a utilizar para la recolección de los datos de las historias clínicas. La información obtenida será de absoluta confidencialidad, confiabilidad y sobre todo se mantendrá el anonimato de los pacientes. Por lo que los datos se publicaran bajo principios médicos y éticos.

Métodos y Técnicas

La información se obtendrá de la Historia clínica de la Madre y la hoja perinatal del Recién Nacido y mediante una encuesta de datos que previamente será elaborada, la misma que será ordenada y tabulada mediante un método estadístico permitiendo que los datos obtenidos sean presentados mediante tablas y gráficos en el programa de Excel y Word.

Instrumento: la Historia clínica del Recién Nacido, de la madre adolescente en etapa tardía y la encuesta elaborada previamente en relación con los objetivos planteados en la investigación.

Variables

- **Variable independiente:**
 - ✓ Edad,
 - ✓ Adolescentes,
 - ✓ Embarazo

- **Variable dependiente:**
 - ✓ Condiciones del recién nacido
 - ✓ Patología del Recién Nacido
 - ✓ Patología de la Adolescente

MARCO TEÓRICO

ESQUEMA

1. Adolescencia:
 - 1.1. Primera definición de Adolescencia
 - 1.1.1. Concepto de adolescencia en el pasado
 - 1.1.2. Adolescencia en la sociedad actual
 - 1.2. Clasificación de la adolescencia
 - 1.2.1. Clasificación de la adolescencia por la UNICEF
 - 1.2.2. Clasificación según varios Autores
 - 1.2.3. Repercusiones Físicas y Emocionales de la Adolescencia
2. Embarazo
 - 2.1.1. Signos, Síntomas y Cambios Fisiológicos del Embarazo
 - 2.1.2. Embarazo en Adolescentes
 - 2.1.3. Epidemiología de Embarazo en Adolescentes
 - 2.1.4. Factores Predisponentes de Embarazo en Adolescentes
 - 2.1.5. Complicaciones Maternas
 - 2.1.6. Clasificación del Embarazo de Acuerdo al Riesgo
 - 2.1.6.1. Riesgo 1 o Bajo Riesgo
 - 2.1.6.2. Riesgo 2 o Alto Riesgo
 - 2.1.6.3. Riesgo 3 o Riesgo Inminente
3. Control prenatal
 - 3.1. Primera Cita Medica
 - 3.2. Primer Trimestre
 - 3.3. Segundo Trimestre
 - 3.4. Tercer Trimestre

4. Recién Nacido

4.1. Recién nacido sano

4.2. Test de Apgar

4.3. Clasificación del Recién Nacido

4.3.1. Clasificación del recién Nacido por la aplicación del test de Ballard y el peso a la edad gestacional.

4.3.2. Clasificación del Recién Nacido de acuerdo al Riesgo de Nacer

4.4. Patologías más frecuentes del Recién Nacido

RESULTADO

- Recolección de Datos

Historia clínica y la encuesta elaborada previamente en relación con los objetivos planteados en la investigación y se los tabulara mediante el programa de Excel y Word.

DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

CONCLUSIONES

RECOMENDACIONES

OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

Variable	Variable	Dimensiones	Indicador	Escala
Control prenatal	Es el conjunto de acciones y procedimientos sistemáticos y periódicos, destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que puedan condicionar morbilidad materna y perinatal.	1^{er} trimestre	1 ^a - 13 ^a semana	1 a 2
		2^o trimestre	14 ^a - 28 ^a semana	3 a 5
		3^{er} trimestre	29 ^a - 41 semana	>6
		1^{er} trimestre	Signos Vitales, Examen físico, Exámenes complementarios.	SI – NO
		2^o trimestre	Signos Vitales, Examen físico, Exámenes complementarios	SI – NO
		3^{er} trimestre	Signos Vitales, Examen físico, Exámenes complementarios Signos de alarma Control semanal a partir de la semanas 37	SI – NO

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES																					
+	MESES																			RESPONSIBLE	
	Junio			Julio			Agosto			Septiembre			Octubre			Noviembre					
	2016			2016			2016			2016			2016			2016					
ACTIVIDAD																					
Investigación y desarrollo del tema de investigación.	█	█																			
Socialización de proyecto y solicitud al director del área para aprobación del proyecto de investigación		█	█																		
Informe de aprobación de proyecto				█	█																
Solicitud de permiso al director del hospital para realizar la investigación					█	█															Estudiante: Karla Noemí Pardo León Dr.:
Objetivo General Describir las condiciones del Recién Nacido de Madres							█	█	█	█	█	█	█	█	█	█					Estudiante: Karla Noemí Pardo León

ANEXOS

ANEXOS # 1

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA****ÁREA DE LA SALUD HUMANA****MEDICINA HUMANA****HOJA DE RECOLECCION DE DATOS DE LA MADRE ADOLESCENTE**

Por medio de la presente se pretende revisar las historias clínicas para realizar el trabajo de investigación planteado “Condiciones del Recién Nacido de madres adolescentes del hospital de Pasaje del periodo 2013-2015”.

11) Edad de la madre adolescente

15 a 16 años ()

17 a 18 ()

19 años ()

12) Edad en la que inicio las relaciones sexuales

< 12 años ()

13 a 15 años ()

16 a 18 años ()

>19años

13) El embarazo fue planificado

Si ()

No ()

Se quedó embarazada usando algún método contraceptivo

Si ()

Preservativo () píldora de emergencia () otros ()

No usaba ()

14) Semanas gestacionales de acuerdo por FUM

37 a 41.7 SG ()

< 37 SG ()

> 42 SG ()

15) Semanas gestacionales de acuerdo por Ecografía

37 a 41.6 SG ()

< 37 SG ()

> 42 SG ()

16) ¿Cuántas semanas tenía cuando fue al primer control de embarazo?

8 a 16semanas ()

17 a 24 semanas ()

>25semanas ()

17) Controles realizados durante el embarazo

1 a 3 ()

3 a 5 ()

>6 ()

18) Se realizó los exámenes correspondiente al embarazo

1 trimestre si () No ()

2 trimestre si () No ()

3 trimestre si () No ()

19) Ecografías obstétricas realizadas durante el embarazo

1 a 3 ()

3 a 5 ()

> 6()

20) Presento alguna patología durante el embarazo

- ✓ Preeclampsia: leve () Moderada () Grave ()
- ✓ Infección de Vías Urinarias
- ✓ Vaginosis ()
- ✓ Amenaza de parto Pretérmino ()
- ✓ Amenaza de aborto ()
- ✓ Anemia leve () Moderada () Grave ()
- ✓ Diabetes mellitus ()
- ✓ Anomalías en la inserción de placenta
- ✓ Ruptura prematura de membranas ()
- ✓ Oligoamnios ()
- ✓ Fistula amniótica ()
- ✓ Pielonefritis ()
- ✓ Otras ()

ANEXOS # 2



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
AREA DE LA SALUD HUMANA
CARRERA DE MEDICINA

HOJA DE RECOLECCION DE DATOS DEL RECIEN NACIDO

Por medio de la presente se pretende revisar las historias clínicas del Recién Nacido para realizar el trabajo de investigación planteado “Condiciones del Recién Nacido de madres adolescentes del hospital de Pasaje en el periodo 2013-2015”

14) Sexo del RN

M () H ()

15) Semanas Gestacionales del RN por el test de Ballard

37 a 41.7 SG ()

Menor de 37 SG ()

Mayor a 42 SG ()

16) Obtenido por

Parto

- Eutócico ()

- Distócico ()

Cesárea debido a:

- Sufrimiento fetal agudo ()

- Ruptura prematura de membranas ()

- Cesárea anterior ()

- Desproporción cefalopelvica ()

- Presentación pelviana ()

- Oligoamnios severo ()

- Macrosomía fetal ()

- Otros ()

17) APGAR al 1er minuto

7 a 10 ()

4 a 6 ()

<3 ()

18) APGAR a los 5min

7 a 10 ()

4 a 6 ()

<3 ()

19) Color de líquido amniótico

Claro ()

Meconial + ()

Meconial ++ ()

Meconial +++ ()

20) Peso del Recién Nacido

2.500gr a 4.000gr ()

Mayor a 4.000gr ()

Inferior a 2.500gr ()

21) Talla del Recién Nacido

48 a 52cm ()

45 a 47cm ()

Menor a 45cm ()

22) Perímetro cefálico del Recién Nacido

32 a 34.5cm ()

Mayor a 34cm ()

Menor a 32cm ()

23) Perímetro torácico del Recién Nacido

32 a 34cm ()

Mayor a 34cm ()

Menor a 32cm ()

24) Perímetro Abdominal del Recién Nacido

30 a 32cm ()

Mayor a 32cm ()

Menor a 30cm ()

25) Peso del Recién Nacido de acuerdo a la edad Gestacional aplicando es test de

Ballard

Recién Nacido Termino Adecuado para la edad gestacional ()

Recién Nacido Termino Pequeño para la edad gestacional ()

Recién Nacido Termino Grande para la edad gestacional ()

Prematuro ()

26) Recién nacido presento algún Patología

SI ()

NO ()

Distres Respiratorio ()

Aspiración de meconio ()

Macrosomía Fetal ()

Riesgo de infección

Sepsis Neonatal ()

Incompatibilidad Sanguínea ()

Membrana hialina

Taquipnea transitoria del recién Nacido

Asfixia perinatal ()

Aspiración de meconio ()

Macrosomía fetal ()

Ictericia transitoria del recién nacido

Otras ()

RECURSOS✓ **TALENTO HUMANO**

- Director de la investigación

Dr. (a)

- Investigadora:

Karla Noemí Pardo León

- Campo de estudio

Condiciones del Recién Nacido de madres adolescentes en el Hospital

San Vicente de Paul de Pasaje.

✓ **RECURSOS MATERIALES Y ECONÓMICOS**

INSUMOS	CANTIDAD	VALOR UNITARIO	VALOR
Movilización y transporte	8	\$0.30	\$24,00
Impresiones	4	\$0.05	\$ 0.40
Fotocopias de la hoja de recolección de datos para la adolescente.	252	\$0.02	\$50.04
Fotocopias de historia clínica de los controles prenatales	252	\$0.02	\$50.04
Calculadora	1	\$2.50	\$ 2.50
Archivador	1	\$5.00	\$ 5.00
Internet	100 horas	\$0.80	\$80.00
Archivador	2	\$3.00	\$ 6.00
Borrador	1	\$0.15	\$ 0.15
Esferos	4	\$0.35	\$ 1.40
Cuaderno	1	\$1.25	\$ 1.25
TOTAL			\$220.78

BIBLIOGRAFIA

- González, D. y Rodríguez, “Cuidados generales del recién nacido sano” Protocolos actualizados al año 2008. Disponible en: https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/2_2.pdf.
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador “Control Prenatal Guía de Práctica Clínica (GPC) Av. República de El Salvador N36-64 y Suecia Quito – Ecuador 2015 disponible <http://es.slideshare.net/pomicin/gpc-control-prenatal-2015-msp-ecuador-2015>
- Norma Noguera O. Herly Alvarado R. “Embarazo en Adolescentes” Facultad de Enfermería, Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá, Colombia. Revista colombiana de enfermería año 2012 pag. 154. Disponible en: http://www.uelbosque.edu.co/sites/default/files/publicaciones/revistas/revista_colombiana_enfermeria/volumen7/embarazo.pdf.
- Ana María Mora-Cancino, Marcelino Hernández-Valencia, “Embarazo en la adolescencia” Hospital General de Ecatepec Dr. José Ma. Rodríguez, Instituto de Salud del Estado de México, Artículo de revisión Ginecol Obstet Mex 2015;83:294-301, México disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2015/gom155e.pdf>
- Claudia Gamboa Montejano, Sandra Valdés Robledo “ El Embarazo en Adolescentes” Subdirección de Análisis de Política Interior (SAPI), Delegación Venustiano Carranza; C.P. 15969 México, 2013 pag: 6-8. Disponible en: <http://www.diputados.gob.mx/sedia/sia/spi/SAPI-ISS-38-13.pdf>.
- Luis Paulino Islas Domínguez, Lino Cardiel Marmolejo, Juan Fernando Figueroa Rodarte, “Recién nacidos de madres adolescents”, Revista Mmexicana de Pediatría Vol:77, pag :152-155 año 2012, disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/pediat/sp-2010/sp104d.pdf>.

- Villar, J. Bergsjø, P. “Manual Estudio de Control Prenatal de la OMS disponible: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42692/1/WHO_RHR_01.30_spa.pdf
- Ministerio de salud de Argentina Recomendaciones para la Práctica del Control preconcepcional, prenatal y puerperal 2013. Disponible: <http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000158cnt-g02.control-prenatal.pdf>
- Auchter, Mónica - Galeano, Humberto – Balbuena, “Riesgo al nacer en el hijo de madre adolescente” Facultad de Medicina. Cátedras Enfermería Maternoinfantil y Pediatría II. Moreno 1240. 3400 Corrientes. Argentina. http://www.unne.edu.ar/unnevieja/Web/cyt/com2005/3-Medicina/M-111_Falta%20Corregir.pdf
- Norma Noguera O. Herly Alvarado R.” Embarazo en adolescentes: una mirada desde el cuidado de enfermería” Universidad Javeriana. Bogotá, Colombia disponible en: http://www.uelbosque.edu.co/sites/default/files/publicaciones/revistas/revista_colombiana_enfermeria/volumen7/embarazo.pdf.
- Ricardo Gómez, " El control prenatal” revista materno-fetal” EEUU 2016 disponible en: <http://www.maternofetal.net/4prenatal.html>.
- Revista Scielo “Hijo de Madre Adolescente: riesgos, morbilidad y mortalidad Neonatal” Rev. Chilena. obstet. ginecol. vol.77 no.5 Santiago 2012 disponible en: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-06492008000200002.
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF -2011), “La Adolescencia una época, de Oportunidades”, pág.: 6-7, Nueva York, NY 10017, EEUU, disponible en: http://www.unicef.org/honduras/Estado_mundial_infancia_2011.pdf.
- Revista Médica “Incidencia de embarazos en adolescentes y factores de riesgo asociados en la consulta de control prenatal” España 2013. Disponible en <http://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/embarazo-adolescentes-control-prenatal/>

- Biblioteca de la salud reproductiva del ecuador de la OMS
http://apps.who.int/rhl/pregnancy_childbirth/antenatal_care/general/cd007622/es/index.html disponible en http://apps.who.int/rhl/pregnancy_childbirth/antenatal_care/general/cd007622/es/index.html.
- OMS “embarazo en adolescentes” de septiembre de 2014 disponible <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs364/es/>.
- Mayer, M., et, 2006., “Complicaciones Perinatales y Vía de parto en recién nacidos de madres adolescentes tempranas y tardías” Servicio de Obstetricia. Posadas, Misiones, Revista de Posgrado de la vía Cátedra de Medicina - N° 160 – Agosto disponible en: http://med.unne.edu.ar/revista/revista160/1_160.pdf.