



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
SECCIÓN DE PREGRADO

**ASOCIACIÓN DE EMBARAZO EN ADOLESCENTES CON
RECIÉN NACIDO PEQUEÑO PARA LA EDAD GESTACIONAL EN
EL HOSPITAL NACIONAL ARZOBISPO LOAYZA PERÍODO**

2011-2012

**PRESENTADA POR
LUISA CRISTINA ASTOCÓNDOR LÓPEZ**

TESIS PARA OPTAR TÍTULO DE MÉDICO CIRUJANO

LIMA - PERÚ

2014



**Reconocimiento
CC BY**

El autor permite a otros distribuir, mezclar, ajustar y construir a partir de esta obra, incluso con fines comerciales, siempre que sea reconocida la autoría de la creación original.

<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

SECCIÓN DE PREGRADO

**ASOCIACIÓN DE EMBARAZO EN ADOLESCENTES CON RECIÉN
NACIDO PEQUEÑO PARA LA EDAD GESTACIONAL EN EL
HOSPITAL NACIONAL ARZOBISPO LOAYZA PERIODO 2011-2012**

TESIS

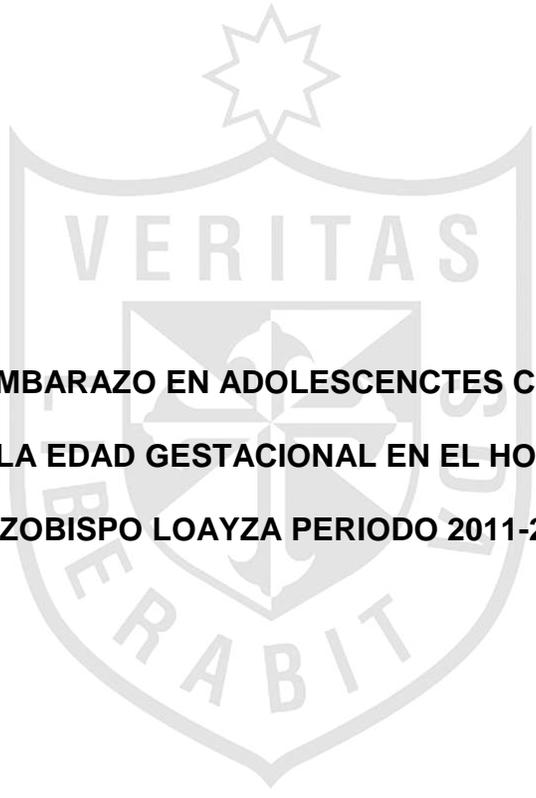
PARA OPTAR EL TÍTULO DE MÉDICO CIRUJANO

PRESENTADA POR

LUISA CRISTINA ASTOCÓNDOR LÓPEZ

LIMA - PERÚ

2014



**ASOCIACIÓN DE EMBARAZO EN ADOLESCENTES CON RECIÉN NACIDO
PEQUEÑO PARA LA EDAD GESTACIONAL EN EL HOSPITAL NACIONAL
ARZOBISPO LOAYZA PERIODO 2011-2012**

MIEMBROS DEL JURADO:

DR. JULIO RIVARA D: Presidente del Jurado

DR. JOSE CARHUANCHO A.: Miembro del Jurado

DR. ALBERTO SALAZAR G.: Miembro del Jurado

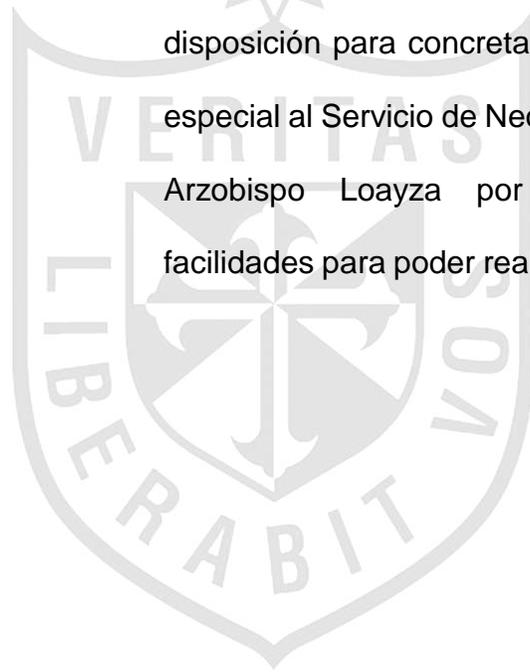


Dedicatoria

Este trabajo se lo dedico a mis padres; que en todas las circunstancias apoyaron con constancia mis años de estudio, a mi hermana que colaboró incondicionalmente. A mis Abuelos que siempre confiaron en mí y me enseñaron a perseverar y a Dios por bendecir a mi familia y por brindarme fortaleza para alcanzar esta meta.

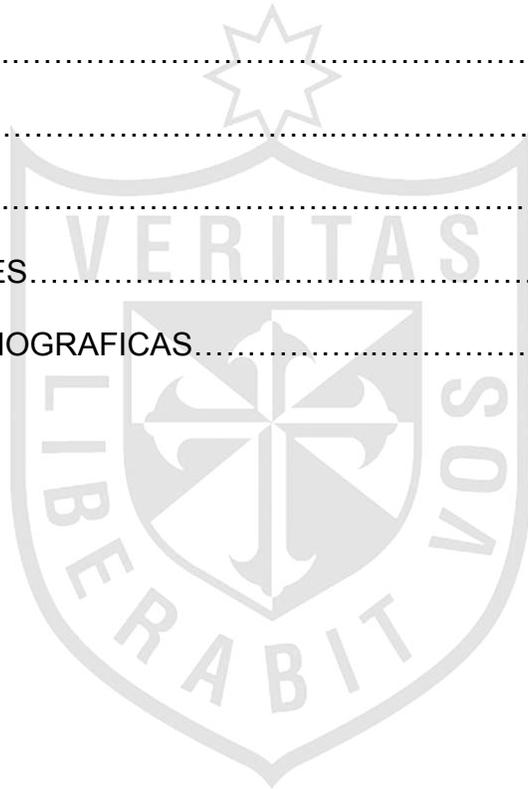
Agradecimientos:

Al Dr. Gustavo Rivara D. y a la Dra. Sonia Huaipar por el apoyo constante para realizar este proyecto y a la Dra Nelly Borra por su disposición para concretarlo. Una mención muy especial al Servicio de Neonatología del Hospital Arzobispo Loayza por la colaboración y facilidades para poder realizar esta investigación



INDICE

RESUMEN	1
ABSTRACT	2
INTRODUCCION	3
MATERIALES Y METODO.....	9
RESULTADOS.....	12
DISCUSION.....	16
CONCLUSIONES.....	19
RECOMENDACIONES.....	20
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	21



ANEXOS

1. Ficha de recolección de datos
2. Tabla de Operacionalización de Variables



RESUMEN

Introducción: El embarazo adolescente es considerado un problema de salud pública en el Perú y el mundo, dentro de los riesgos se encuentran los problemas perinatológicos como recién nacido pequeño para la edad gestacional (PEG) que pueden generar complicaciones durante los primeros días de vida. **Objetivo:** Determinar la asociación entre el embarazo en adolescentes y el recién nacido pequeño para la edad gestacional.

Método: Se realizó un estudio retrospectivo correlacional, para determinar la asociación entre el embarazo adolescente y el recién nacido pequeño para la edad gestacional. Se distribuyó en dos grupos madres adolescentes y mayores de 20 años y se correlacionó con recién nacidos pequeños para la edad gestacional.

Resultados: Para la población en estudio el grupo de madres adolescentes primerizas que tuvieron como resultado un recién nacido pequeño para la edad gestacional (PEG) fueron 119 casos que constituye el 43% del total de recién nacidos pequeños para la edad gestacional (total 277). Respecto al grupo de mujeres que no son adolescentes (edades entre 20 y 34 años) 158 tuvieron un recién nacido con edad pequeño para la edad gestacional que representa la mayoría con 57 %

Conclusiones: Después de analizar con prueba chi cuadrado no existe relación entre pertenecer al grupo de adolescentes y el nacido pequeño para la edad gestacional; no se encontró riesgo de PEG asociado a la madres adolescentes per se.

ABSTRACT

Introduction: The teen pregnancy is considered a public health problem in Peru and around the world, one of the biggest risks are perinatal problems such as newborn small for gestational age (SGA) that can lead to complications during the first days of life.

Objective: To determine the association between teenage pregnancy and newborn small for gestational age.

Method: A correlational retrospective study was conducted to determine the association between teenage pregnancy and newborn small for gestational age. The studied group were distributed in two; teenagers and mothers older than 20 years and were correlated with new born small for gestational age.

Results: For the study population group of teenage mothers resulted with a newborn small for gestational age (SGA) were 119 cases (43%) the total number for newborns small for gestational age was 277. For the group of women aged between 20 to 34 years and with a new born small for gestational age were a total of 158 cases; the majority representing 57%.

Conclusions: After analyzed with chi square test there is no relationship between belonging to the group of teenagers and born small for gestational age. Adolescent mothers is not a conditions to more risk to have a new born SGA.

INTRODUCCIÓN

La adolescencia por definición de la OMS es el periodo comprendido entre los 10 a 19 años, subdividido en adolescencia temprana de 10 a 13 años, adolescencia media o intermedia de 14 a 16 años y adolescencia tardía 17 a 19 años.¹

En Estados Unidos de Norteamérica, la tasa total de embarazos en adolescentes para 2009 fue de 39.1 nacimientos por 1 000 adolescentes de 13 a 19 años, que fue la más baja desde que empezaron los registros que datan de los años setenta. La tendencia decreciente se ha mantenido constante desde principios de la década de los noventa, aun así este país tiene la mayor tasa de embarazo adolescente según la OMS.¹

En América Latina y el Caribe se registra la segunda tasa más alta de embarazos adolescentes del mundo. Un promedio de 38% de las mujeres de la región se embarazan antes de cumplir los 20 años. Casi el 20% de nacimientos vivos son de madres adolescente.¹

Respecto a la realidad nacional se encuentran distribuidos los porcentajes de embarazo entre el grupo de adolescencia media de 14 a 16 años y el porcentaje más alto en el grupo de adolescencia tardía de 17 a 19 años, siendo aproximadamente 13% del total de embarazos en el Perú según la última encuesta ENDES.² La creciente tasa de madres adolescentes y en edades tempranas es un hecho relevante y constante en Hospitales de Lima Metropolitana y a nivel Nacional,^{2,3} también se exponen las características sociodemográficas siendo las de mayor relevancia el área de residencia. El porcentaje de adolescentes que tenían al menos un hijo/a o estaban embarazadas por primera vez y residían en el área

urbana presentan tendencia creciente de 9,3% en 1992 a 10,0% en el año 2011.²

El mayor riesgo de parto pretérmino y de muertes neonatales en los hijos de madres adolescentes ha sido descrito por varios autores, sobre todo enfocándose como un problema de salud pública en países en vía de desarrollo.^{4,5,6}

En general, casi todos los autores coinciden en que el bajo peso para la edad gestacional y el pequeño para la edad gestacional (PEG) son consecuencias muy frecuentes del producto de gestaciones en madres de edad extrema como la adolescencia y con mayor riesgo cuando la madre es más joven.^{7,8,9,10,11}

Los niños nacidos pequeños para la edad gestacional (PEG) tienen un mayor riesgo de sufrimiento neonatal, déficits permanentes en el crecimiento como talla baja, el desarrollo neurocognitivo, menor coeficiente intelectual y en la adultez riesgo de síndrome metabólico, diabetes mellitus tipo 2 e hipertensión arterial.^{12,13,14}

Ticona Rendón M y col.¹⁴ en un estudio realizado en 29 hospitales del Ministerio de Salud de Perú (MINSU), cuantifico que la tasa de incidencia de bajo peso al nacer en los hospitales de Lima metropolitana fue de 7.03 por 100 nacidos vivos ($p < 0,01$).

Dentro de la lista de Hospitales evaluados no se incluía al Hospital Nacional Arzobispo Loayza, sin embargo cita un estudio realizado en este Hospital del año 1999 en los que Mere y col.¹⁵ realizaron un seguimiento de los recién nacidos diagnosticados con retardo del crecimiento intrauterino (RCIU) pero no se llegó a determinar el diagnóstico con la adecuación gestacional al nacimiento por lo que no se cuenta con una cifra de recién nacidos pequeños para la edad gestacional en total y sobre todo en madres adolescentes.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda confeccionar tablas de crecimiento intrauterino (CIU) en los Centros Perinatológicos apropiadas para el peso de recién nacido representativa de la población que atiende, dado que existen diferencias geográficas, étnicas y epidemiológicas que contribuyen a subregistro de RN que presentan mayor morbimortalidad. En la mayoría de hospitales del Perú, se sigue usando las curvas de crecimiento intrauterino (CCIU) de Lubchenco y cols ya que no existen curvas creadas en relación a la realidad de la población de nuestro país.^{14,16}

El control prenatal es un factor predictor y protector para diagnosticar tempranamente los riesgos prenatales y tomar las medidas correspondientes. En madres adolescentes los controles prenatales no se efectúan en el tiempo que corresponden ya que el diagnóstico es tardío por ser la mayoría embarazos no planificados.^{17,18,19}

El objetivo general de la investigación es: Determinar la asociación entre el embarazo en adolescentes y el recién nacido pequeño para la edad gestacional en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza durante el año 2011 y 2012.

Los objetivos específicos son:

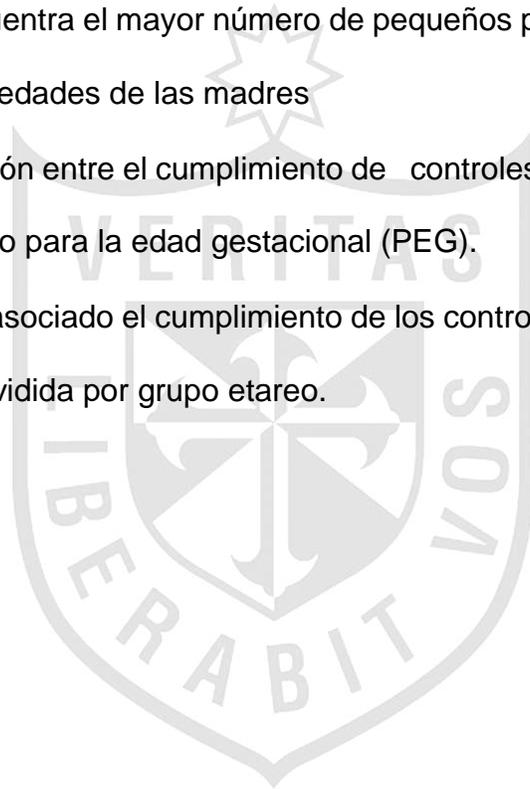
- Determinar la distribución del número de PEG en los grupos a evaluar divididos por edad.
- Determinar si existe asociación entre el cumplimiento de control pre natal (CPN) y nacer pequeño para la edad gestacional.

- Determinar la distribución del cumplimiento de controles pre natales (CPN) y la edad de la madre dividida por grupo etareo.

La hipótesis general: El embarazo en la adolescencia está asociado con recién nacido pequeño para la edad gestacional.

Hipótesis específicas:

- Donde se encuentra el mayor número de pequeños para la edad gestacional respecto a las edades de las madres
- Existe asociación entre el cumplimiento de controles prenatales y ser recién nacido pequeño para la edad gestacional (PEG).
- Se encuentra asociado el cumplimiento de los controles prenatales y la edad de la madre dividida por grupo etareo.



MATERIALES Y MÉTODO

El presente estudio es no experimental, descriptivo, retrospectivo, analítico, correlacional para definir la asociación entre la madre adolescente y el recién nacido pequeño para la edad gestacional. Fueron conformados dos grupos, las madres adolescentes y el otro grupo lo conformaban las madres mayores de 20 años y para la correlación los recién nacidos pequeños para la edad gestacional y los adecuados para la edad gestacional.

Respecto a la cobertura del estudio la Población se incluyeron todos los recién nacidos vivos de madres adolescentes (entre los 13 y 19 años) en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza en el periodo de los años 2011 y 2012 y todos los recién nacidos vivos de madres primerizas mayores de 20 años y menores de 35 años nacidos en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza durante el mismo periodo y que cumplían con los criterios de inclusión del estudio. No se realizó cálculo de tamaño de muestra. El total de madres adolescentes atendidas en el periodo asignado fue 1157.

Los criterios de inclusión fueron recién nacido hijo de madre adolescente primeriza, con adecuado (AEG) y bajo peso para la edad gestacional (PEG) nacidos en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza, durante el periodo 2011 y 2012. Y recién nacido hijo de madre entre los 20 y 34 años primeriza con adecuado (AEG) y bajo peso para la edad gestacional (PEG) nacidos en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza durante el periodo 2011 y 2012.

Entre los criterios de exclusión y eliminación para la madre se incluyeron embarazo múltiple, antecedente de malformaciones uterinas, antecedente de anomalías placentarias, antecedente de consumo de drogas, enfermedades crónicas y trastornos metabólicos. Para el recién nacido los criterios de eliminación fueron presencia de malformaciones congénitas y no haber nacido en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza.

La Variable Dependiente es nacer pequeño para la edad gestacional (PEG) que

significa un recién nacido con peso y/o talla inferior o igual a dos desviaciones estándar de la media de una población de referencia por sexo y por edad gestacional. Es una variable categórica, dicotómica, dependiente.

Las Variables independientes son la edad materna que es tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un individuo. Es una variable categórica indirecta, independiente. Se dividió de acuerdo a la clasificación de la OMS, en adolescencia temprana 10 a 13 años, adolescencia intermedia 14 a 16 años, adolescencia tardía de 17 a 19 años y madres mayores de 20 años, la otra variable es el control prenatal (CPN) que es el número de atenciones institucionalizadas y verificadas en la cartilla de control prenatal. Es una evaluación integral de la gestante y el feto que realiza el profesional de salud con el objetivo de lograr el nacimiento de un recién nacido sano, el MINSA considera a una madre controlada si tiene por lo menos 6 controles.

La recolección de datos fue realizada por medio de una ficha, la información obtenida se recopiló de las historias clínicas y base de datos del servicio de Neonatología del Hospital Nacional Arzobispo Loayza.

Para la validez y precisión de los datos se realizó un estudio piloto con 20 casos para probar el instrumento. Al analizar el alfa de Cronbach con el programa estadístico SPSS 19.0 se obtuvo un valor de 0.799; considerando válido el instrumento.

Para el análisis estadístico se calcularon las frecuencias absolutas, cruce de variables dependientes e independientes, para la presentación de resultados se utilizarán tablas de contingencia y gráficos. Se procesaron los datos en los programas SPSS versión 19 y el paquete básico de Office 2007. Para el análisis se utilizó estadística descriptiva (frecuencia y porcentajes) para establecer asociación se utilizó la prueba chi cuadrado con IC (95%) y el Odds Ratio.

En el presente trabajo se obtuvo información de las historias clínicas de la población en estudio de la base de datos del Hospital Nacional Arzobispo Loayza. Se guardará confidencialidad de los datos obtenidos.

RESULTADOS

Después del análisis realizado se tabuló la población en estudio respecto a la variable dependiente de adecuación gestacional. De los casos validos se evidencia en la tabla 1 que las adolescentes que tuvieron un recién nacido pequeños para la edad gestacional (PEG) constituyen 119 casos. En la adolescencia temprana se presentaron 4 casos todas con 13 años de edad, que representa el 1,4 % del total de pequeños para la edad gestacional en estudio, en la etapa de adolescencia intermedia entre 14 y 16 años fueron 21 casos; el 7,6%.

El grupo más numeroso dentro de la adolescencia lo conformaban las adolescentes tardías de 17 a 19 años con 94 casos; 33,9%. El mayor número de casos de recién nacido pequeño para la edad gestacional esta en las madres adultas; 158 de 277 PEG en total, representando el 57% del total de esta población.

Se midió la asociación entre edades maternas y se obtuvo un valor de chi cuadrado de 0.096 con 1 grado de libertad y p: 0.756 no existe asociación entre la madre adolescente y el recién nacido pequeño para la edad gestacional. El OR es 1,04 para la madre adolescente existe un riesgo de que su hijo recién nacido sea pequeño para la edad gestacional.

Tabla N° 1

Asociación Madre por edades y recién nacido pequeño para la edad gestacional (PEG) Hospital Nacional Arzobispo Loayza 2011-2012

Edad de la madre	PEG		Normales (AEG)		Total	
	N	%	N	%	N	%
Adolescentes	119	4,3	1038	37,8	1157	42,1
Adultas	158	5,7	1434	52,2	1592	57,9
Total	277	10	2472	90	2749	100

Fuente: Servicio de Neonatología Hospital Nacional Arzobispo Loayza

El mayor porcentaje de recién nacidos pequeños para la edad gestacional no estuvo en el grupo de las madres adolescentes.

En la Tabla 2 se presentan los datos sobre la asistencia a los controles prenatales. Del total de 277 madres con recién nacidos pequeños para la edad gestacional, 193 si cumplieron con el número mínimo de asistencia a los controles pre natales que considera validos la OMS representa el 69,3%. La distribución según edad, el mayor porcentaje que cumplió estuvo en el grupo de madres adultas 42,98%, Se observa menor porcentaje de cumplimiento en las madres adolescentes 16,23% del total de incumplimientos que es en total el 30,3 % de toda la población de recién nacidos pequeños para la edad gestacional.

Tabla N° 2
Cuadro Pequeño para la edad gestacional (PEG) y asistencia a controles prenatales (CPN)

Controles pre natales (CPN)	PEG de madre adolescente		PEG de madre adulta		Total	
	N	%	N	%	N	%
SI	74	26,72	119	42,98	193	69,7
NO	45	16,23	39	14,07	84	30,3
Total	119	42,95	158	57,05	277	100

Fuente: Servicio de Neonatología Hospital Nacional Arzobispo Loayza

El valor de Chi cuadrado es de 5,54 con grado de libertad 1 y de p 0,018
 Por lo que se determina que existe asociación entre el cumplimiento de los controles prenatales e identificar recién nacidos pequeños para la edad gestacional. El Odds ratio es 0,54 (95 % IC 0,32 a 0,9)

DISCUSIÓN

En el Perú según la última ENDES² publicada en el 2012, el 13,2 por ciento de las mujeres de 15 a 19 años de edad ya eran madres (10,8 por ciento) o están gestando por primera vez (2,4 por ciento).

El objetivo general de esta investigación pretendió determinar si existe relación entre el embarazo en la adolescencia y el recién nacido pequeño para la edad gestacional.

Comparando nuestros resultados con otros estudios como describe Lezcano⁹ con un porcentaje de madres adolescentes con PEG 20,08% y madres adultas con PEG 18.15% y nuestro estudio donde el 43% de madres adolescentes tuvieron un recién nacido para la edad gestacional y 57 % las madres adultas. Difiere de manera significativa. Sin embargo coinciden en que la edad mínima de madres adolescentes fue de 13 años y que la mayoría de madres adolescentes con pequeños para la edad gestacional se encontraban en el grupo de adolescentes tardías de 17 a 19 años. Espinoza y colaboradores¹⁷ llegaron a tener porcentaje total de alrededor de 15% de madres adolescentes con recién nacidos pequeños para la edad gestacional.

Dentro de nuestros resultados el grupo de madres adolescentes en el subgrupo de adolescencia temprana todas de 13 años de edad, de las cuales 4 tenían un recién nacido PEG de un total de 6 madres en este grupo. Aunque en el porcentaje general de todos los PEG no es significativo (1,4%) al compararse con el total de casos representa más del 60% del total.

El grupo etareo con mayor número de pequeños para la edad gestacional fue el de las madres adultas con 158 casos que representaban al 53 % de todos los PEG.

Aunque en la bibliografía utilizada ningún estudio llega a los mismos resultados donde se halló la mayoría de casos de recién nacidos PEG en el grupo de madres adultas. Después del análisis con chi cuadrado el valor fue de 0,096 p 0,0756 por los que se concluye que no existe asociación entre la edad en este caso madre adolescente y recién nacido pequeño para la edad gestacional. El riesgo de recién nacido PEG si aumenta para las adolescentes primerizas OR 1,04.

Los otros objetivos se centraron en el cumplimiento del control prenatal entre las madres con recién nacidos PEG fueron en total el 69,7 % que si cumplieron con seis o más CPN, que son establecidos por la OMS dividiéndose las madres del grupo de adolescentes en total 74 (26,72 %), valor inferior a las madres adultas con recién nacido PEG 119 que representaron 42,98%. Solo el 30,3% de madres con recién nacidos PEG no cumplieron con los controles, la mayoría 16,23% pertenecen al grupo de adolescentes.

La información sobre este punto para Ticona¹⁶, Ching-Pyng¹⁸ y Furzan enfatiza que el adecuado cumplimiento de los controles prenatales asegura vigilancia del crecimiento intrauterino y es un factor predictor de riesgo fetal.

En nuestra realidad nacional según ENDES 2012² relativamente menor número de adolescentes realizaron controles prenatales con posterior atención del parto con un médico, en comparación con las mujeres de 35 a 49 años de edad (22,3 frente a 36,0 por ciento); mientras que el 66,5 por ciento de las adolescentes la mayoría se controlaron con una obstetra, continuando el incremento visto desde la ENDES 2009 (64,7 por ciento).

Arispe²⁰ en el 2011 en el Hospital Cayetano Heredia señala que la atención prenatal es efectiva en la medida en que se realiza tempranamente y que guarde cierta periodicidad. Los resultados mostraron que el 66,1% de púerperas cumplieron el número mínimo de controles prenatales de un total de 70 adolescentes que ellos estudiaron entre 15 a 19 años 28 tenían control inadecuado (<5 CPN) y 42 (16,7%) cumplieron con CPN >6 igual que las madres de 20 a 35 años con 163 casos (64,9%) p 0,11. Data que comparada a nuestro estudio es muy similar.

CONCLUSIONES

- Después de analizar con prueba chi cuadrado se llegó a la conclusión que no existe relación entre pertenecer al grupo de madres adolescentes y el recién nacido pequeño para la edad gestacional; no existe relación entre dichas variables.
- En base a estos datos se puede concluir que el mayor porcentaje de recién nacidos pequeños para la edad gestacional no estuvo en el grupo de las madres adolescentes.
- El grupo de madres adolescentes tiene 1,06 más riesgo de tener un recién nacido pequeño para la edad gestacional
- El cumplimiento de los controles prenatales en el grupo total de madres con PEG fue del 69,7 %
- El grupo dentro de madres con recién nacido PEG que acudió en mayor porcentaje a los controles prenatales fueron las madres adultas (42,98%)

RECOMENDACIONES

En este estudio se llega a la conclusión que la adolescencia por sí sola no tiene un valor para considerarse predisponente para que un recién nacido sea pequeño para la edad gestacional, pero es necesario tomar en cuenta otros factores como la anemia, desnutrición crónica que pueden aumentar el riesgo. En posteriores investigaciones se podría incluir variables que puedan tener un mayor impacto sobre el crecimiento del futuro recién nacido.

Es muy importante tener un seguimiento detallado de las madres adolescentes ya que esta población es vulnerable durante esta etapa y es necesario que en el momento que se realiza el diagnóstico de embarazo, se logre captarla y orientarla mediante una buena comunicación con el personal de salud para que conozca por medio de asesoría o charlas la importancia de un adecuado cuidado y conocimiento de señales de alarma que pueden ser riesgosas para ella y su hijo.

Es de vital importancia continuar con el trabajo multisectorial a través de campañas en colegios, institutos, universidades, centros de salud para el real conocimiento de todos los riesgos del embarazo adolescente.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. OMS/WHO, Departamento de salud materna, del recién nacido, del niño y el adolescente. Disponible en: www.who.int/maternal_child_adolescent/es/
2. Instituto Nacional de Estadística e Informática del Perú. Disponible en Encuesta demográfica y de salud Familiar 2012. Disponible en: <http://proyectos.inei.gob.pe/endes/2012/>
3. Mendoza W, Subiría G. El embarazo adolescente en el Perú: situación actual e implicancias para las políticas públicas. Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2013; 30(3): Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2013; 30(3): 471-479. Disponible en: <http://www.unfpa.org.pe/Articulos/Articulos/MENDOZA-SUBIRIA-Embarazo-Adolescente-Peru.pdf>
4. Carlo WA, Goudar SS, Jehan I, Chomba E, Tshefu A, Garces A, Parida S, Althabe F, McClure EM, Derman RJ, Goldenberg RL, Bose C, Krebs NF, Panigrahi P, Buekens P, Chakraborty H, Hartwell TD, Wright LL. First Breath Study Group. Newborn-care training and perinatal mortality in developing countries. N Engl J Med. 2010;11:614–623. doi: 10.1056/NEJMsa0806033. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3565382/?report=reader>
5. Manasyan A, Saleem S and col. for the EmONC Trial Group. Assessment of Obstetric and Neonatal Health Services in Developing Country Health Facilities. Am J Perinatol. Oct 2013; 30(9): 787–794. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3664648/>
6. Boguszewski Margaret CS, Mericq Verónica, Bergada Ignacio, Damiani Durval, Belgorosky Alicia, Gunczler Peter et al . Consenso Latinoamericano: Niños pequeños para la edad gestacional. Rev. Venez. Endocrinol. Metab. [revista en la Internet]. 2012 Jun [citado 2014 Mayo 13] ; 10(2): 72-87. Disponible en:

http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1690-31102012000200004&lng=es

7. Nazer H Julio, Cifuentes O Lucía, Ramírez R Constanza, Seymour M Camila, Aguila R Alfredo, Ureta L Pilar et al . RESTRICCIÓN DEL CRECIMIENTO INTRAUTERINO COMO FACTOR DE RIESGO PARA MALFORMACIONES CONGÉNITAS. Rev. chil. obstet. ginecol. [revista en la Internet]. 2009 [citado 2014 Mayo 13] ; 74(6): 366-371. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262009000600008&lng=es.
8. Kramer KL, Lancaster JB: Teen motherhood in cross-cultural perspective. Annals of Human Biology 2010, 37(5):613-628. PubMed Abstract disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20205610?dopt=Abstract&holding=f1000,f1000m,isrctn>
9. Lezcano Soledad S, Vallejos Arce M, Sodero H. Estudio comparativo del bajo peso al nacer, depresión al 1er minuto y terminación cesarea entre madres adolescentes y la población general. Revista de Posgrado de la sexta Cátedra de Medicina - N° 150 – Octubre 2005. Pág.: 1-3. Disponible en : http://med.unne.edu.ar/revista/revista150/1_150.htm
10. Fernández L.S, Carro Puig E, Osés Ferrera D, Pérez Piñero J. Caracterización del recién nacido en una muestra de gestantes adolescentes. Rev. Cubana Obstet Ginecol [revista en la Internet]. 2004 Ago [citado 2012 Sep 29] ; 30(2): .Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2004000200003&lng=es
11. Lira Plascencia J, Oviedo Cruz H, Simón Pereira L, Dib Schekaiban C, Grosso Espinoza JM, Ibarguengoitia Ochoa F, Ahued Ahued JR. Análisis de los resultados perinatales de los primeros cinco años del funcionamiento de una clínica de atención

para adolescentes embarazadas. Ginecol Obstet Méx 2006; 74(5) : 241-246.
Disponible en:

http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=37013&id_seccion=407&id_ejemplar=3828&id_revista=40

12. Díez López I, et al. Pautas para el seguimiento clínico del niño pequeño para la edad gestacional. An Pediatr (Barc). 2011. doi:10.1016/j.anpedi.2011.08.003. Disponible en : http://manuelosses.cl/BNN/PEG_seguimiento.pdf

13. Figueras F, Oros D, Cruz-Martinez R, Padilla N, Hernandez-Andrade E, Botet F, Costas-Moragas C, Gratacos E. Neurobehavior in term, small-for-gestational age infants with normal placental function. Pediatrics. 2009 Nov;124(5):e934-41. doi: 10.1542/peds.2008-3346. Epub 2009 Oct 26. Disponible en: <http://pediatrics.aappublications.org/content/124/5/e934.full.html>

14. Ticona Rendon M, Huanco AD, Ticona V. Incidencia y factores de riesgo de bajo peso al nacer en población atendida en hospitales del Ministerio de Salud del Perú, Ginecol Obstet Mex 2012; 80 (02) Disponible en: <http://new.medigraphic.com/cgi-bin/resumen.cgi?IDREVISTA=78&IDARTICULO=33419&IDPUBLICACION=3601>

15. Mere J, Contreras H, Gutiérrez I, Rojas J. Factores de riesgo asociados al retardo de crecimiento fetal. Ginecol Obstet. Lima. 1999; 45 (4): 274-279.) Disponible en: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/ginecologia/vol_45n4/factores.htm

16. García Baños Luis Gustavo, López Baños Lázaro, Barroso Gutiérrez Mercedes, Alonso Sicilia Marilín, Morera Pérez Maricela. Comportamiento del bajo peso al nacer. Rev Cubana Obstet Ginecol [revista en la Internet]. 2014 Mar [citado 2014 Jul 09] ; 40(1): 24-34. Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2014000100004&lng=es

17. Espinoza Trejos M, Rodriguez Molina M, Trejos Solorzano M. Caracterización de la adolescente embarazada atendida en la "Clínica Francisco Bolaños". Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica 2009, LXVI (587) 21-25. Disponible en: <http://www.binasss.sa.cr/revistas/rmcc/587/art3.pdf>
18. Ching-Pyng Kuo, Shu-Hsin Lee, Wei-Ya Wu, Wen-Chun Liao, Shio-Jean Lin, Meng-Chih Lee. Birth outcomes and risk factors in adolescent pregnancies: Results of a Taiwanese national survey. Pediatrics International (2010) 52, 447–452. Disponible en: CPN
<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1442200X.2009.02979.x/abstract>
19. Furzan JA, Yuburi A, Eizaga S, Benavides J. Embarazo en adolescentes y resultado perinatal adverso: un análisis multivariado de factores predictivos de riesgo. Gaceta Medica de Caracas, Venezuela 2010;118:119-126. Disponible en: [http://www.anm.org.ve/FTPANM/online/2010/gaceta_medica/abril_junio/05.%20Furzan%20\(119-126\).pd](http://www.anm.org.ve/FTPANM/online/2010/gaceta_medica/abril_junio/05.%20Furzan%20(119-126).pd)
20. Arispe C, Salgado M, Tang G, González C, Rojas JL. Frecuencia de control prenatal inadecuado y de factores asociados a su ocurrencia. Rev Med Hered 2011;22:169-175. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1018-130X2011000400004&script=sci_abstract
21. Levcovitz E, Fescina R, Fernández Galeano M, Durán P, ed. Manual Clínico AIEPI Neonatal en el contexto del continuo materno-recién nacido-salud infantil: Uruguay 2013. Montevideo: OPS; 2013. Disponible en: http://www.clap.ops.oms.org/web_2005/BOLETINES%20Y%20NOVEDADES/EDICIONES%20DEL%20CLAP/CLAP1597.pdf

22. Gormaz, María. Pequeño para la Edad Gestacional en el período neonatal. Rev Esp Endocrinol Pediatr 2012; Volumen 3. Número 2. Disponible en: <http://www.endocrinologiapediatrica.org/modules.php?name=articulos&idarticulo=127&idlangart=ES>

23. Lagos S Rudecindo, Bustos M Luis, Orellana C Juan José. EVALUACIÓN NEONATAL DEL CRECIMIENTO INTRAUTERINO DE RECIÉN NACIDOS EN HOSPITAL REGIONAL DE TEMUCO: COMPARACION CON TRES ESTÁNDARES NACIONALES. Rev. chil. obstet. ginecol. [periódico na Internet]. 2009 [citado 2014 Maio 14]; 74(4): 209-216. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S071775262009000400002](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S071775262009000400002&lng=pt) &lng=pt. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262009000400002>



ANEXO 1. Ficha de recolección de datos

Nombre:

Fecha de nacimiento:

H. clínica:

Peso:

Tipo de parto: V (1) C (2)

APGAR: APGAR al minuto

≤3 (1)

4 a 6 (2)

≥7 (3)

Apgar a los 5 minutos

≤3 (1)

4 a 6 (2)

≥7 (3)

Control prenatal: si (1) no (2)

Edad Madre

Adolescente temprana (1)	
Adolescente intermedia (2)	
Adolescente tardía (3)	
Grupo control > 19 años (4)	

Adecuación Recién nacido

Pequeño para la edad gestacional (PEG) (1)	
--	--

Adecuado para la edad gestacional (AEG) (2)	
Grande para la edad gestacional (GEG) (3)	



ANEXO 2. Operacionalización de Variables

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	NATURALEZA	FORMA DE MEDICIÓN	DEPENDENCIA	CATEGORÍA	CÓDIGO	INSTRUMENTO
Pequeño para la edad gestacional (PEG)	Recién nacido (RN) con peso y/o talla inferior o igual a 2 desviaciones estándar de la media de una población de referencia, por sexo y por edad gestacional. Otras definiciones establecen el punto de corte en el percentil 10 o el percentil 3.	Catagórica	Dicotómica	Dependiente	Si No	1 2	Historia Clínica
Edad Materna	Tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un individuo.	Catagórica	Indirecta	Independiente	Adolescencia Temprana 10-13 años	1	Historia Clínica
					Adolescencia intermedia 14-16	2	
					Adolescencia tardía 17-19	3	
					>20 años	4	
	Número de atenciones institucionalizadas y verificadas en la cartilla de control prenatal. Es evaluación integral de la	Catagórica	Dicotómica	Independiente	Si	1	Historia Clínica

<p>Control Pre Natal (CPN)</p>	<p>gestante y el feto que realiza el profesional de salud con el objetivo de lograr el nacimiento de un recién nacido sano, el MINSA considera a una madre controlada si tiene por lo menos 6 CPN.</p>				<p>No</p>	<p>2</p>	
--	--	--	--	--	-----------	----------	--

