

**UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES
FACULTAD DE MEDICINA
PROGRAMA DE EFECTIVIDAD CLÍNICA**

PROGRAMA de
EFFECTIVIDAD
CLÍNICA



TÍTULO DE TESIS:

**CARACTERIZACIÓN DEL RECIÉN NACIDO DE MADRES ADOLESCENTES
Y MADRES ADULTAS EN UN HOSPITAL PÚBLICO DE LA PROVINCIA DE
BUENOS AIRES.**

ÁREA: Epidemiología y Estadística (Neonatología)

AUTOR: Lic. En Enf. Viter Gerson Carlos Trinidad

DIRECTOR DE TESIS: Dra. Agustina Mazzoni

E-mail: viterct1006@gmail.com

BUENOS AIRES

2015

ÍNDICE

Resumen	2
1. Fundamentación del Problema de Investigación	3
2. Justificación	10
3. Objetivos de la Investigación	12
3.1. Objetivo Principal.....	12
3.2. Objetivo Específicos.....	12
4. Diseño Metodológico	13
4.1. Tipo de Estudio.....	13
4.2. Método de Análisis.....	13
4.3. Población y Muestra.....	14
4.3.1. Criterios de Inclusión.....	16
4.3.2. Criterios de Exclusión.....	17
4.4. Variables.....	17
4.5. Ámbito de Estudio.....	19
4.6. Análisis de los Datos.....	20
4.6.1. Estadística Descriptiva.....	20
4.6.2. Estadística Analítica.....	20
5. Recursos	22
6. Aspectos Éticos	22
7. Resultados	23
7.1. Resultado globales de las características Maternas.....	24
7.2. Resultados globales de las características del recién nacido.....	26
7.3. Resultados globales de los eventos del recién nacido.....	27
7.4. Resultados Comparativos de las características Maternas de acuerdo a Edad.....	29
7.5. Resultados Comparativos de las características del Recién Nacido de Acuerdo a Edad de la Madre.....	47
7.6. Resultados Comparativos de los eventos del Recién Nacido de acuerdo a Edad de la Madre.....	52
7.7. Resultados de acuerdo a la proporción de complicaciones del Recién Nacido, teniendo en cuenta las características Maternas.....	67
7.7.1. Construcción del Modelo logístico Bivariado.....	68
7.7.2. Construcción del Modelo Logístico Multivariado.....	68
7.8. Resultados de acuerdo a la proporción de Internación del Recién Nacido, teniendo en cuenta las características Maternas.....	70
7.8.1. Construcción del Modelo Logístico Bivariado.....	71
7.8.2. Construcción del Modelo Logístico Multivariado.....	71
8. Discusión	73
9. Conclusiones	82
Referencias	85
Anexos	92

RESUMEN

Objetivo General: Describir las características y eventos adversos de los recién nacidos de dos grupos de mujeres: adolescentes y adultas, en la Unidad de Neonatología del Hospital Municipal de Tigre. **Diseño:** Estudio descriptivo, analítico de corte transversal, analizando la relación entre dos variables, en este caso la asociación entre estar embarazada en la adolescencia y la presencia de eventos adversos en el recién nacido frente a un grupo de madres adultas. **Resultados principales:** La proporción de eventos adversos fueron mayores en el grupo de recién nacidos de madres adolescentes vs los recién nacidos de madres adultas: Recién nacidos prematuros 9.91% vs 2.70%, bajo peso 8.56% vs 2.70%, Internados en UCIN 38.83% vs 14.41%, padecimiento de otras enfermedades con un 26.58% vs. 12.26% y los que requirieron Luminoterapia 13.06% vs 5.41% respectivamente. La media de los días de internación en UCIN y los días de estancia hospitalaria fueron 6.58 vs 3.13 días y 3.99 vs 2.72, en ambos casos fueron más días en el grupo de recién nacidos de madres adolescentes. Para todos estos casos se obtuvo una $p < 0.05$. Se pudo comprobar que, independiente de los demás factores de riesgo estudiados el hecho de que el neonato sea de madre adolescente incrementa la probabilidad de ingresar a UCIN y desarrollar complicaciones 2.35 y 2.31 veces comparado con el grupo de madres adultas. **Conclusiones:** Se pudo comprobar que existe una asociación entre ser madre adolescente y mayores resultados adversos en el recién nacido. Y que independientemente de los factores de riesgo estudiados va a existir una mayor probabilidad de Ingreso a UCIN y desarrollo de complicaciones en los neonatos de madres adolescentes.

1. FUNDAMENTACIÓN DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

La adolescencia, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), es el lapso de la vida en el que los seres humanos adquirimos la capacidad de reproducirnos. Es una época en la que transitamos con cambios psicológicos entre la niñez a la adultez y en la que se consolida nuestra independencia socioeconómica, el periodo comprende entre los 10 y los 19 años. ^{1, 2, 3}

Es la adolescencia el periodo de la vida en el que ocurren con rapidez cambios, en los que se refleja la esfera anatomofisiológica, social y cultural. ⁴

De acuerdo a recientes reportes de la OMS, en el mundo hay más de mil millones de adolescentes, 85% en los países en desarrollo. Los datos de la indican que alrededor de 14 millones de niñas y adolescentes dan a luz cada año en el mundo. Esta situación, de acuerdo a lo indicado por los especialistas, ocasiona impactos de gravedad sobre la salud física, emocional y social de las jóvenes. Aproximadamente el 10% de los partos acontece en adolescentes y la mortalidad materna es de 2 a 5 veces más alta en las mujeres menores de 18 años que en aquellas de 20 a 29. CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe), estima que la maternidad adolescente en América Latina y Caribe, está por encima del 20% y guarda estrecha relación con las condiciones económico-sociales de este grupo humano. Muchos de los embarazos en niñas menores de 15 años son producto de una violación sexual intrafamiliar con severas repercusiones maternas fetales y serios impactos psicosociales en el desarrollo de la madre y la prole.⁵

El embarazo en la adolescencia se define como el que ocurre dentro de los dos años de edad ginecológica, entendiéndose por tal al tiempo transcurrido

desde la menarca y/o cuando la adolescente es aún dependiente de su núcleo familiar de origen. ⁶

La concepción del embarazo en la adolescencia como un problema social y de salud pública se construye en base a factores biológicos, culturales y sociales que según las etnias puede constituirse o no en una situación de mayor vulnerabilidad para esta población. Los adolescentes no conforman un grupo homogéneo: lo que tienen en común es la edad. Viven en circunstancias diferentes y tienen necesidades diversas. En vez de considerar la adolescencia como problema, las políticas y programas deberían entenderla como resultado de una construcción histórica y de un proceso social. En la adolescencia, el individuo comienza a asumir su independencia y autonomía frente al medio social. ⁷

El embarazo en adolescentes es un problema de salud en todo el mundo especialmente relevante en los países en desarrollo. ⁸ El embarazo es una experiencia de mucho impacto en la vida de la mujer, porque le impone una serie de adaptaciones: mientras presenta cambios en su cuerpo y su ánimo, también lo va haciendo en sus necesidades y prioridades. Este periodo de transición que representa un reto para las mujeres adultas, puede resultar contraproducente para una adolescente. ⁹

La transmisión de imágenes negativas de la relación maternidad-paternidad adolescente podría debilitar aún más la moral de los adolescentes, típicamente retratados en las noticias y en otros medios de comunicación como violentos o delictivos, con hábitos no saludables, entre otros. ⁷

En Argentina es el embarazo que ocurre en mujeres que tienen menos de 19 años, y los recién nacidos de este grupo de mujeres representan el 15,40% del

total de los recién nacidos en todo el País. Las estadísticas oficiales indican que por año casi 115.000 adolescentes se convierten en madres, es decir, una adolescente cada 5 minutos. Las provincias más pobres y con los menores niveles socio-culturales son las que tienen la más alta incidencia de embarazo adolescente. Según datos del Ministerio de Salud de 2008 a la cabeza se ubica Chaco con el 24,07% y siguen Misiones con 22,04%; Formosa con 21,47% y Santiago del Estero con 20,07%.¹⁰

En la Ciudad de Buenos Aires, la tasa de nacimientos de madres adolescentes es la mitad de la media nacional: 7,08%. En el Gran Buenos Aires sube al 13,16%. La mayoría de estas mujeres tienen entre 15 y 19 años. Y, en general, los embarazos en las niñas de entre 10 y 14 años se deben a hechos de violencia dentro de la propia familia.¹¹

Es en este contexto que el embarazo durante la adolescencia es una situación más que se sobrepone a la crisis de la adolescencia, ya que irrumpe en la vida de las adolescentes que aún no alcanzan la madurez física y mental y a veces en circunstancias adversas ante carencias nutricionales o enfermedades y con frecuencia, en un medio familiar poco receptivo para aceptar el embarazo y proteger a la joven.¹²

Junto con la inmadurez biológica, factores como embarazo no deseado, inadecuada atención perinatal, la mala nutrición de la madre y el estrés pueden causar resultados adversos obstétricos y neonatales en adolescentes embarazadas.¹³

Los hijos de madres adolescentes son más susceptibles de tener bajo peso al nacer, prematuridad y morbilidad neonatal aumentada.¹⁴

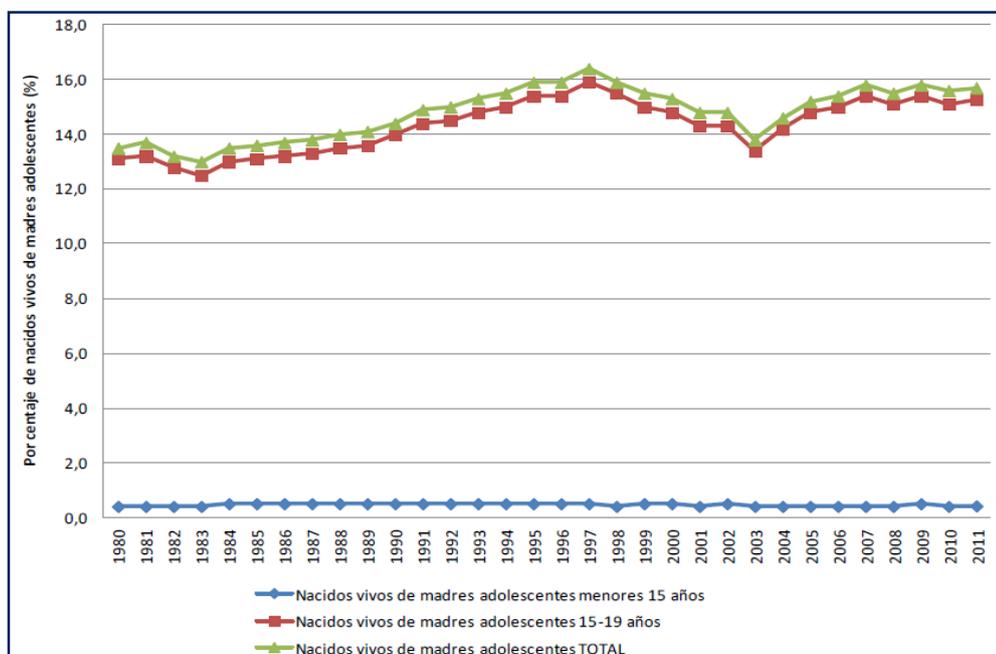
Todo lo mencionado, se asocia con un mayor riesgo de resultados adversos maternos y fetales, como la mortalidad materna y neonatal, parto por cesárea, parto prematuro y bajo peso al nacer.^{15, 16}

Todo esto incide en una probabilidad alta de resultados adversos para los recién nacidos y para las madres adolescentes, por lo que debemos de considerar importante el conocimiento de la morbilidad y mortalidad de los recién nacidos de madres adolescentes con respecto a los niños de madres adultas.

1.1. SITUACIÓN LOCAL

En Argentina, el porcentaje de recién nacidos de madres adolescentes (menores de 20 años) respecto al total de nacimientos no ha tenido mayores variaciones, manteniéndose en valores cercanos al 15% en los últimos 20 años (Gráfico 1).⁷

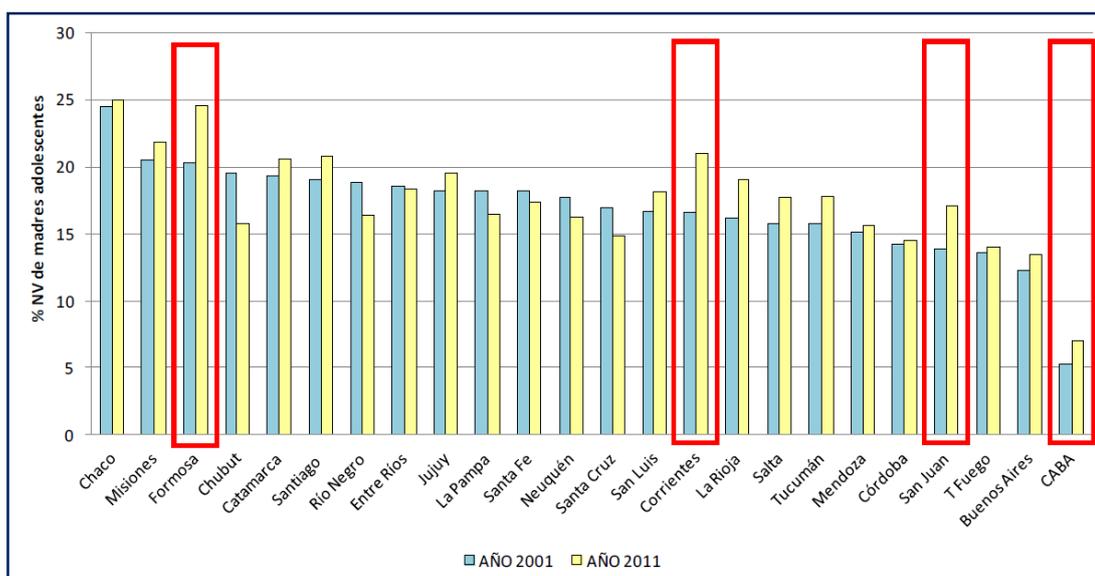
GRÁFICO N° 1: Evolución del porcentaje de nacidos vivos de madres adolescentes según año. Argentina 1980-2011.



Fuente: UNICEF elaboración propia en base a datos de la Dirección de Estadísticas e Información en Salud del Ministerio de Salud de la Nación, 2013.

Sin embargo, el análisis global del país no da cuenta de la desigualdad entre las provincias ya que el porcentaje de embarazo en adolescentes, para 2011, superó al promedio nacional en 6 de 24 provincias con valores superiores al 20%. Formosa y Chaco con 25%; Misiones 22% y Catamarca, Corrientes y Santiago del Estero 21%. Corrientes y Formosa, a su vez, mostraron un ascenso del porcentaje de nacidos vivos de madres adolescentes superior al 20%, constituyendo junto a CABA y San Juan, las jurisdicciones con mayor incremento acumulado entre el año 2001 y 2011 (Gráfico 2).⁷

GRÁFICO N° 2: Porcentaje de nacidos vivos de madres adolescentes por provincia (2001 y 2011).



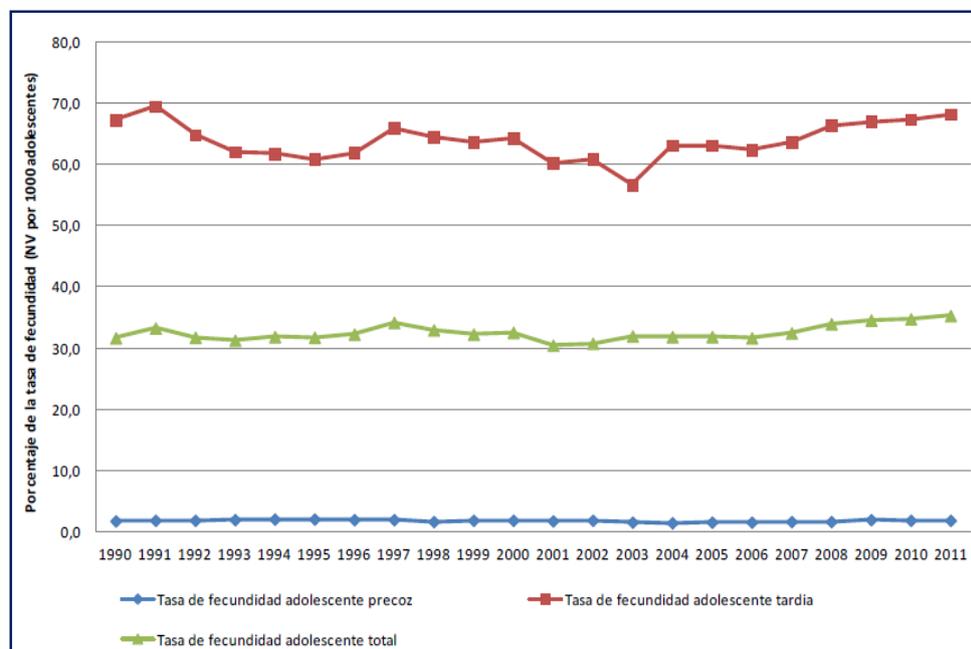
Referencia: En el recuadro rojo se identifican las jurisdicciones con mayor incremento de la tasa entre 2001 y 2011.

Fuente: UNICEF elaboración propia en base a datos de la Dirección de Estadísticas e Información en Salud del Ministerio de Salud de la Nación. 2013

La situación de Formosa es particularmente preocupante porque las mujeres de Formosa tienen 16 veces más riesgo de morir a lo largo de su vida reproductiva por causas relacionadas con el embarazo, el parto y el puerperio que las mujeres que residen en la Ciudad de Buenos Aires.⁷

La tasa de fecundidad adolescente es un indicador que muestra la probabilidad de embarazo en esta población y puede analizarse según dos franjas etarias: adolescencia precoz (10 a 14 años) o adolescencia tardía (15 a 19 años). El análisis de este indicador en nuestro país muestra un incremento acumulado del 11% en los últimos 20 años, 5% en la adolescencia precoz y 1% en la tardía. (Gráfico 3).⁷

GRÁFICO N° 3: Evolución de la tasa de fecundidad adolescente según año. Argentina 1990 -2011.



Fuente: UNICEF elaboración propia en base a datos de la Dirección de Estadísticas e Información en Salud del Ministerio de Salud de la Nación, 2013.

Revisando las bases de datos como Pubmed y otros se pudo evidenciar pocos estudios en la Argentina, por ejemplo: Un estudio de cohorte retrospectiva comparativa realizado en Corrientes Argentina en el año 2005 (Referencia) evaluó las características de los recién nacidos hijos de madres de entre 10 a 14 años, estableciendo diferencias con población también de adolescentes, pero de entre 15 a 19 años de edad. Se revisaron los datos obtenidos del Sistema

Informático Perinatal del Hospital "J. R. Vidal" sobre mujeres embarazadas adolescentes (10 y 19 años) durante un periodo comprendido de enero a diciembre del 2003. Las variables estudiadas fueron, bajo peso (menos de 2500grs.) del recién nacido, terminación por cesárea y depresión al 1ª minuto (Apgar menor o igual a 6). Este estudio obtuvo los siguientes resultados: de los recién nacidos de bajo peso, 31,2% fueron de madres de menos de 15 años, y un 19,5% de madres de 15 a 19 años; de los que se deprimieron al 1ª minuto el 17,8% fueron hijos de madres de menos de 15 años y el 11% de madres de 15 a 19 años; y de los partos por cesárea el 27% fueron en chicas de 10 a 14 años y el 20,8% de 15 a 19 años. Concluyeron que se observó que el mayor porcentaje de recién nacidos con bajo peso, depresión al minuto y terminación por cesárea se encuentra en las madres adolescentes comprendidas en edades de entre 10 a 14 años.¹⁷

Otro trabajo en Corrientes llevado a cabo en Corrientes Argentina pudo concluir que si hubo relación entre las variables planteadas en las hipótesis de trabajo lo que confirmó que las embarazadas adolescentes tienen menores niveles de escolarización; es más frecuente en ellas el antecedente de ser hijas de mujeres que también fueron madres adolescentes; tienen una fuerte tendencia a no controlarse el embarazo y los recién nacidos están más expuestos a prematuridad y a trastornos nutricionales que disminuyen su calidad de vida y aumentan la morbimortalidad.¹⁸

2. JUSTIFICACIÓN

En América Latina se observa una tendencia creciente de la fecundidad en menores de 15 años. Es un tema muy preocupante, pero no se tiene registros que permitan dar cuenta de su magnitud en todos los países de la región.⁵

La maternidad adolescente, cuyo número viene aumentando con rapidez en los últimos años, constituye una de las preocupaciones médicas más importantes relacionadas con la conducta sexual de los jóvenes. Entre las razones que explican el incremento de los embarazos en edades tempranas están el crecimiento de la población sexualmente activa sin que esto se acompañe de un aumento en el uso de métodos anticonceptivos adecuados y el inicio cada vez más precoz de la actividad sexual.¹⁹

De acuerdo a un reporte en el 2010: La maternidad adolescente se asocia con resultados adversos en la salud y a nivel sociales de las madres adolescentes y sus hijos, a pesar de estos resultados a menudo reflejan déficits sociales preexistentes comparado con las mujeres que retrasan la maternidad hasta los 20 años, las madres adolescentes son más propensas a abandonar la escuela y tienen bajo nivel educativo; para enfrentar el desempleo, la pobreza y el bienestar de la dependencia; experimentar más rápido un embarazo repetido; para convertirse en madres solteras; y para experimentar el divorcio, si se casan. Los bebés de madres adolescentes tienen más probabilidades de ser prematuros y tener mayor mortalidad infantil. Los hijos de madres adolescentes tienen menores indicadores de Salud y bienestar social comparados con los indicadores de madres de mayor edad. El embarazo adolescente se ha convertido en un problema de salud pública y básicamente son las condiciones socioculturales las que vienen determinando incrementos en su prevalencia,

aconteciendo con más frecuentemente en sectores socioeconómicos carenciados, si bien se presenta en todos los estratos económicos de la sociedad.²⁰

Otro estudio permite confirmar el mayor riesgo de morbimortalidad neonatal de los hijos de madres adolescentes comparadas con neonatos de mujeres adultas, y muy especialmente en las adolescentes menores de 15 años. De igual forma, el análisis identifica a las madres adolescentes y sus hijos como de mayor riesgo o vulnerabilidad social.²¹

De la misma otro reporte observó que el mayor porcentaje de recién nacidos con bajo peso, depresión al minuto y terminación por cesárea se encuentra en las madres adolescentes comprendidas en edades de entre 10 a 14 años.¹⁷

La madre adolescente y su recién nacido atraviesan una situación especial que requiere ser conocida por los servicios de salud, a través de indicadores perinatales que permitan dar el apoyo y seguimiento a este binomio de riesgo.²²

Teniendo en cuenta la escasa información disponible sobre el tema en Argentina, es necesario continuar con la investigación de esta área y establecer las hipótesis necesarias para responder si las adolescentes en este ámbito tienen mayores resultados adversos en los recién nacidos. La presente investigación pretende comparar variables biológicas, perinatales y psicosociales entre madres adolescentes y no adolescentes, teniendo en cuenta que el mayor riesgo en las gestaciones tempranas podría estar influenciada tanto por las cuestiones psicosociales y un riesgo biológico verdadero.

3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN:

3.1. OBJETIVO PRINCIPAL

- Describir las características y eventos adversos de los recién nacidos de dos grupos de mujeres: adolescentes y adultas, en la Unidad de Neonatología del Hospital Municipal de Tigre.

3.2. OBJETIVO ESPECÍFICOS

- Describir y comparar características maternas según grupo etario.
- Describir y comparar la proporción de los recién nacidos según género.
- Describir, comparar y clasificar la edad gestacional evaluada por examen físico neonatal (Capurro).
- Describir y comparar la proporción de nacimientos con bajo peso.
- Describir y comparar la proporción según condición de nacimiento (Apgar 1' – 5').
- Describir y comparar los días de estancia en UCIN.
- Describir y comparar los días totales de Estancia Hospitalaria.
- Describir y comparar la morbilidad neonatal en ambos grupos maternos (Síndrome de Distrés Respiratorio, Apneas, Asfixia, Hiperbilirrubinemia y otros problemas al nacimiento).
- Describir y comparar la necesidad de Resucitación Cardiopulmonar y la cantidad de procedimientos de la misma.
- Describir y comparar mortalidad neonatal.
- Describir y comparar la proporción de malformaciones congénitas.
- Describir y comparar el ingreso a Luminoterapia.
- Describir y comparar la necesidad de practicar otros procedimientos diferentes al RCP o Luminoterapia.

- Evaluar asociación entre las variables de interés consideradas (Embarazo en la adolescencia) con presencia de complicaciones y con el ingreso a UCIN.
- Desarrollar dos modelos logísticos de ajuste de la probabilidad de desarrollar complicaciones y la probabilidad de ingreso a UCIN teniendo en cuenta los factores de riesgo materno en ambos grupos.

4. DISEÑO METODOLÓGICO.

4.1. TIPO DE ESTUDIO

Se realizó un estudio Descriptivo, Analítico de corte transversal, analizando la relación entre dos variables, en este caso la asociación entre estar embarazada en la adolescencia y la presencia de eventos adversos en el Recién nacido frente a un grupo de madres adultas teniendo en cuenta los objetivos planteados.

4.2. MÉTODO DE ANÁLISIS

Los datos fueron obtenidos de las Historias clínicas de las mujeres Adolescentes y Adultas y de sus recién nacidos del Hospital Municipal de Tigre – Buenos Aires en un periodo comprendido entre enero a diciembre del 2013 previa aprobación por el comité de Investigación e Docencia Institucional y del comité de Ética e Investigación del Hospital Magdalena V. de Martínez - Pacheco y se realizó un análisis descriptivo de las características de los recién nacidos considerando la edad materna (adolescentes y adultas).

Se recolectaron variables:

- **De la madre:** Edad, estado civil, nivel de instrucción, embarazo planeado, gestas previas, antecedentes de aborto, número de controles prenatales, ruptura prematura de membranas, enfermedad materna (ITU/Anemia/Otros), antecedentes Familiares (HTA/DBT/TBC/Preclamsia, Eclampsia/ Otros) y antecedentes sociales (Fuma, Droga, Alcohol y Violencia).
- **Del parto:** Tipo de parto, finalización del parto y presentación del Recién Nacido.
- **Del recién nacido:** Sexo, edad gestacional, peso al nacer, Apgar al minuto y a los cinco, alojamiento conjunto, Internación en UCIN, tiempo de internación en UCIN, Síndrome de Distrés respiratorio, desarrollo de Apneas, Asfixia, otros problemas, presencia de malformaciones congénitas, muerte neonatal, Resucitación Cardiopulmonar y Otros procedimientos practicados en el recién nacido inmediato.

Se describieron las complicaciones que se presentaron para evaluar la asociación entre la morbilidad y la mortalidad fetal relacionada con la edad materna.

4.3. POBLACIÓN Y MUESTRA

El universo está conformado por Madres Adolescentes de 10 a 19 años y madres adultas de 20 a 34 años con sus respectivos Recién Nacidos del Municipio de Tigre.

Según se obtiene del Anuario del Ministerio del gobierno Argentino, del total de nacimientos producidos al año el 15,67% corresponde a madres de

entre 10 y 19 años. Específicamente, esto es, 15,22% corresponde a adolescentes de entre 15 y 19 años y el 0,45% a niñas entre 10 y 14 años.²³

Según la Dirección de Estadísticas e Información de Salud en el Municipio de Tigre en el 2010 se atendieron 7744 partos, de los cuales 3175 son atendidos en el Hospital Municipal de Tigre.²⁴ Aproximadamente 498 (15.67%) partos corresponderían a madres Adolescentes la cual llegaría a ser nuestra Población de Estudio.

Según Valdés S. et al. En su estudio Embarazo en la adolescencia. Incidencia, Riesgos y Complicaciones publicado en la Revista Cubana de Ginecología y Obstetricia en el 2003.²⁵ Reporta la siguiente proporción de complicaciones que se presentaron en:

Embarazo en adolescente y complicaciones neonatales=21.2%

Embarazo no adolescente y complicaciones neonatales= 6%

$$N = \frac{Z^2 pqN}{NE^2 + Z^2 pq}$$

1. %de Confianza=95% =Z=1.96

2. p=0.06

3. q= 0.94

4. N= 2677

5. %Error=5%= 0.05

$$N (\text{Adultas}) = \frac{1.96^2 * 0.06 * 0.94 * 2677}{2677 * 0.05^2 + 1.96^2 * 0.06 * 0.94} = \frac{580.01}{6.9091} = 84$$

1. %de Confianza=95% =Z=1.96
2. p=0.212
3. q= 0.788
4. N= 498
5. %Error=5%= 0.05

$$N \quad (\text{Adolescentes}) = \frac{1.96^2 * 0.212 * 0.788 * 498}{498 * 0.05^2 + 1.96^2 * 0.212 * 0.788} =$$

$$\frac{319.59}{1.8867} = 169$$

La muestra total será de 169 embarazadas Adolescentes y para su comparación se tomarán 84 Embarazadas Adultas de acuerdo al cálculo realizado.

Considerando que se prevee algún grado de subregistro de datos en las historias clínicas para alcanzar el número muestral previsto se evaluara un 30% adicional de historias clínicas a fin de asegurar contar con 333 casos con información completa. ²⁶ En total se relevaran 222 historias clínicas de madres adolescentes y 111 historias clínicas de adultas.

4.3.1. CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- Madres adolescentes de entre 10 y 19 años que tuvieron su parto en la Maternidad de Tigre en el mismo periodo.
- Madres adultas entre 20 y 34 años de edad que tuvieron su parto en la Maternidad de Tigre en el mismo periodo.

4.3.2. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

- Madres adolescentes o adultas con embarazos patológicos (Patología asociada grave).
- Madres adolescentes o adultas referidas de otros Hospitales o clínicas.
- Todas las historias clínicas que contengan datos incompletos o poco legibles tanto de la madre como del recién nacido.

4.4. VARIABLES

VARIABLES INDEPENDIENTES: Características de las Madres.

1. **Embarazo Adolescente:** Como variable dicotómica (SI / NO).
2. **Estado civil:** Como variable dicotómica (Madre soltera y casada/unión estable).
3. **Nivel de Instrucción de la Madre:** Como variable dicotómica (Primario y secundario o más).
4. **Embarazo Planeado:** Como variable dicotómica (SI / NO).
5. **Gestas previas:** Como variable dicotómica (0 o más de ≥ 1).
6. **Antecedente de Aborto:** Como variable dicotómica (SI / NO).
7. **Número de controles prenatales:** Como variable dicotómica (<6 controles Insuficientes/ >5 controles suficientes).
8. **Ruptura prematura de Membranas:** Como variable dicotómica (SI / NO).
9. **Enfermedad Materna:**
 - **ITU:** Como variable dicotómica (SI / NO).
 - **Anemia:** Como variable dicotómica (SI / NO).
 - **Otros:** Como variable dicotómica (SI / NO).

10. Antecedentes Familiares (HTA/DBT/TBC/Preclamsia, Eclampsia/ Otros): Como variable dicotómica (SI / NO).

11. Antecedentes sociales:

- **Fuma:** Como variable dicotómica (SI / NO).
- **Droga:** Como variable dicotómica (SI / NO).
- **Alcohol:** Como variable dicotómica (SI / NO).
- **Violencia:** Como variable dicotómica (SI / NO).

VARIABLES DEPENDIENTES: Características del Recién Nacido.

1. **Sexo del Recién Nacido:** Como variable dicotómica (Masculino/ Femenino).
2. **Prematuro:** Como variable dicotómica (<37 semanas/ >37 semanas).
3. **Bajo peso al nacimiento:** Como variable dicotómica (<2500 gr/ >2500 gr.).
4. **Apgar:** Como variable categórica. Se considera como vigoroso con un Apgar >6, deprimido moderado de 4 a 6 y deprimido severo de 1 a 3. (>6, <7;>3, <4).
5. **Alojamiento Conjunto:** Como variable dicotómica (SI / NO).
6. **Ingreso a UCIN:** Como variable dicotómica (SI / NO).
7. **Tiempo de Internación en UCIN:** Como variable continua (días).
8. **Síndrome de Distrés Respiratorio:** Como variable dicotómica (SI / NO).
9. **Desarrollo de Apneas:** Como variable dicotómica (SI / NO).
10. **Asfixia:** Como variable dicotómica (SI / NO).
11. **Hiperbilirrubinemia:** Como variable dicotómica (SI / NO).

12. Otros Problemas (Taquipneas, Sepsis, Otros): Como variable dicotómica (SI / NO).

13. Malformación congénita: Como variable dicotómica (SI / NO).

14. Muerte: Como variable dicotómica (SI / NO).

15. Resucitación Cardiopulmonar: Como variable dicotómica (SI / NO).

16. Resucitación Cardiopulmonar: Como variable Continua (número de procedimientos).

17. Otros Procedimientos: Como variable dicotómica (SI / NO).

VARIABLES INTERVINIENTES: Correspondientes tanto a la madre y al recién nacido al mismo tiempo.

1. Tipo de parto:

- **Inicio del Trabajo de Parto:** Como variable politómica (Espontáneo/ Inducido / Cesárea Electiva).
- **Finalización del Parto:** Como variable dicotómica (Vaginal/ Cesárea).
- **Presentación del Recién Nacido:** Como variable dicotómica (Cefálica / Pelviana).

4.5. ÁMBITO DE ESTUDIO

Los datos se obtuvieron de una fuente secundaria (Historias Clínicas) del Hospital Municipal Infantil Dr. Florencio Escardo, previa aprobación del comité de Docencia e Investigación del Hospital y la Aprobación del comité de Ética e Investigación del Hospital de Pacheco.

4.6. ANÁLISIS DE LOS DATOS.

4.6.1. Estadística Descriptiva.

Las variables continuas fueron resumidas mediante medidas de tendencia central y dispersión (media, mediana, desvío estándar y rangos Intercuartiles).

Las variables categóricas fueron representadas mediante porcentajes:

- Resultados globales de las características del recién nacido.
- Resultados globales de los eventos del recién nacido.
- Resultado globales de las características Maternas.
- Resultados de comparativos de las características y eventos de los Recién Nacidos de acuerdo a la Edad Materna (Adolescente vs. No Adolescente).
- Resultados de acuerdo al porcentaje de complicaciones del Recién Nacido, teniendo en cuenta las características Maternas.
- Resultados de acuerdo al porcentaje de Internación del Recién Nacido, teniendo en cuenta las características Maternas.

4.6.2. Estadística Analítica.

Las comparaciones de las características/ eventos del recién nacido se compararon por edad materna (Adolescente vs No Adolescente), características de las Madres se compararon por edad materna (Adolescente vs No Adolescente). Las comparaciones se realizaron mediante Análisis bivariados, usando test paramétricos o no paramétricos según la distribución de los datos; para resultados con distribución Normal se utilizó el T-test o para distribuciones no

normales se utilizó el test de Wilcoxon; para resultados categóricos, el test de Chi cuadrado o test Exacto de Fisher según el Número de eventos esperados. Se estableció la significación estadística con un valor p menor de 0.05.

Para estimar los factores relacionados con la probabilidad de desarrollar complicaciones (todos los eventos adversos) en el recién nacido se construyó un modelo de regresión logística para el resultado; se exploraron en forma manual variables con valor de p 0,40 o menor y fueron ingresadas aquellas que resultaron estadísticamente significativas o se comportaron como confundidores, teniendo en cuenta que obtendremos un modelo con variables que biológicamente fueron importantes.

Para estimar los factores relacionados la probabilidad de Internación del recién nacido se construyó un segundo modelo de regresión logística para el resultado; se exploraron en forma manual variables con valor de p 0,40 o menor y fueron ingresadas aquellas que resultaron estadísticamente significativas o se comportaron como confundidores, teniendo en cuenta que obtendremos un modelo con variables que biológicamente fueron importantes.

La calibración del modelo se exploró mediante test de Hosmer Lemeshow en forma global y según decilos de riesgo para el primer modelo según complicaciones y según sextilos de riesgo para el segundo modelo; adicionalmente se exploró la capacidad de discriminación con las curvas ROC.

Los resultados se presentan como medidas de efecto (Odds Ratio) e Intervalos de Confianza del 95%.

El procesamiento de los datos se realizó con STATA 12.0 para Windows.

5. RECURSOS.

El trabajo de investigación: El diseño, presentación, recolección, análisis y procesamiento de datos estuvo a cargo mi coordinación: Lic. En Enf. Viter Gerson Carlos Trinidad.

6. ASPECTOS ÉTICOS.

La presente investigación sanitaria cumplió con los lineamientos éticos señalados en la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial, en las Pautas Éticas Internacionales para Investigación Biomédica del Consejo de Organizaciones Internacionales de Ciencias Médicas (CIOMS). Su desarrollo fue consistente con la Guía de las Buenas Prácticas de Investigación Clínica en Seres Humanos del Ministerio de Salud de la República Argentina (Resolución 1490/2007).

El protocolo fue presentado y evaluado por el Comité de Investigación y Docencia del Hospital Municipal de Tigre, revisado por el comité de Ética del Hospital Magdalena V. de Martínez y Finalmente Autorizado para su Ejecución por el Comité de Investigación y Docencia del Hospital Municipal de Tigre. El acceso a la información recabada en el estudio se realizó con los cuidados establecidos por las normas éticas y legales que la protegen (Ley 25326 de protección de datos personales). Los datos obtenidos son únicamente utilizados con los fines que motivaron su obtención y mi persona

ha adoptado todas las medidas para preservar la identidad de los titulares de los datos.

7. RESULTADOS

Durante los 2 Meses se recolectó la información total de 333 recién nacidos, repartida en 222 de madres Adolescentes entre 10 - 19 años y 111 de madres adultas entre 20 – 34 años en la Maternidad de Valentín Nores del Hospital Municipal del Tigre. En ambos casos se cumplieron los criterios de elegibilidad.

Para fines de Organización los resultados se presentan en forma secuencial:

- Resultado globales de las características Maternas.
- Resultados globales de las características del recién nacido.
- Resultados globales de los eventos del recién nacido.
- Resultados comparativos de las características maternas según Edad (Adolescente vs. No Adolescente).
- Resultados comparativos de las características de los Recién Nacidos de acuerdo a la Edad Materna (Adolescente vs. No Adolescente).
- Resultados comparativos de los eventos de los Recién Nacidos de acuerdo a la Edad Materna (Adolescente vs. No Adolescente).
- Resultados de acuerdo a la proporción de complicaciones del Recién Nacido, teniendo en cuenta las características Maternas.

- Resultados de acuerdo a la proporción de Internación del Recién Nacido, teniendo en cuenta las características Maternas.

7.1. Resultado globales de las características Maternas.

En cuanto al Estado Civil están en Unión Estable o casadas 246 (73.87%) y son madres Solteras 87 (26.13%). Según el Grado de Instrucción con Secundaria o mayor grado hay 218 (65.47%) madres y 115 (34.53%) con primaria o menor grado. 179 (53.75%) fueron madres primerizas y 154 (46.25) tuvieron gestas anteriores. 59 (17.72%) tuvieron antecedente de Aborto, 188 (43,54%) tuvieron algún(os) antecedente(s) Materno(s). 111 (33.33%) menciona haber planeado el embarazo comparado con 222 (66.67%) que no lo planearon. En cuanto a los hábitos sociales 28 (8.41%) son fumadoras activas, 88 (26.43%) pasivas y 217 (65.17%) no fuman. 4 (1.20%) mencionaron consumir drogas. 3 (0.90%) mencionan consumir alcohol. 4 (1.20%) sufrían de problemas de violencia. 112 (33.63%) tuvieron controles prenatales insuficientes. 66 (19.82%) sufrieron de ruptura prematura de membranas, 23 (6.91%) tuvieron Infección Urinaria. 46 (13.81%) desarrollaron Anemia, y 18 (5.41%) desarrollaron Otras Enfermedades.

Tabla N° 1: Características Maternas

VARIABLES		MADRE N=333	
Estado Civil	Soltera	87	26.13%
	Unión Estable o Casada	246	73.87%
Nivel de Instrucción	Primaria o menos	115	34.53%
	Mayor a primaria	218	65.47%
Gestas Previas	0	179	53.75%
	≥1	154	46.25%
Antecedente de Aborto	Si	59	17.72%
	No	274	82.28%
Antecedentes Maternos	Si	188	56.46%
	No	145	43.54%
Embarazo Planeado	Si	111	33.33%
	No	222	66.67%
Fuma	Activa	28	8.41%
	Pasiva	88	26.43%
	No	217	65.17%
Droga	Si	4	1.20%
	No	329	98.80%
Alcohol	Si	3	0.90%
	No	330	99.10%
Violencia	Si	4	1.20%
	No	329	98.80%
Controles	Suficientes	221	66.37%
	Insuficientes	112	33.63%
Ruptura Prematura de Membranas	Si	66	19.82%
	No	267	80.18%
ITU	Si	23	6.91%
	No	310	93.09%
Anemia	Si	46	13.81%
	No	287	86.19%
Otras Enfermedades	Si	18	5.41%
	No	315	94.59%

7.2. Resultados globales de las características del recién nacido.

La población de Estudio constó de 151 (45.35%) recién nacidos varones y 182 (54.65%) mujeres, se evidencia ligera cantidad de mujeres respecto a los varones. El inicio del parto espontáneo fue de 233 (69.97%), Inducido 72 (21.62%), la finalización del parto, vaginal fue 265 (79.58%), cesárea electiva 28 (8.41%) y cesárea 68 (20.42%). La presentación cefálica fue en 322 (96.70%), pelviana 11 (3.30%). 23 (6.91%) fueron prematuros, 19 (5.71%) tuvieron bajo peso, con un Apgar en el primero minuto 319 (95.29%) nacieron vigorosos, 11 (3.30%) con depresión moderada y 3 (0.90%) con depresión severa. Con un Apgar a los 5 minutos 330 (99.10%) recién nacidos vigorosos y 3 (0.90%) con depresión severa que al parecer son los 3 recién nacidos que al minuto estuvieron con depresión severa.

Tabla N° 2: Características de los Recién Nacidos

VARIABLES		RECIÉN NACIDOS N=333	
Sexo	Masculino	151	45.35%
	Femenino	182	54.65%
Inicio del Parto	Espontáneo	233	69.97%
	Inducido	72	21.62%
Finalización del Parto	Vaginal no Instrumental	265	79.58%
	Cesárea Electiva	28	8.41%
	Cesárea	68	20.42%
Presentación	Cefálica	322	96.70%
	Pelviana	11	3.30%
Prematuro	Si	23	6.91%
	No	310	93.09%
Bajo Peso	Si	19	5.71%
	No	314	94.29%
Apgar al 1 minuto	Vigoroso	319	95.80%
	Depresión Moderada	11	3.30%
	Depresión Severa	3	0.90%
Apgar a los 5 minutos	Vigoroso	330	99.10%
	Depresión Severa	3	0.90%

7.3. Resultados globales de los eventos del recién nacido.

La población de Estudio corresponde a 333 recién nacidos en la Maternidad de Valentín Nores del Hospital Municipal del Tigre, 290 (87.09%) pasaron a alojamiento después del Nacimiento, 80 (24.02%) fueron internados en UCIN al nacer y en los primeros días de vida, 20 (6.01%) desarrollaron Síndrome de Distrés Respiratorio, 14 (4.20%) episodios de Apnea, 8 (2.40%) Asfixia, Hiperbilirrubinemia 84 (25.23%), 73 (21.92%) desarrollaron Otros Problemas, 8 (2.40%) tuvieron alguna malformación

congénita y 5 (1.50%) murieron antes y después del trabajo de parto. Necesitaron algún procediendo de RCP 62 (18.62%) y necesitaron Luminoterapia 35 (10.51%).

Tabla N° 3: Eventos de los Recién Nacidos

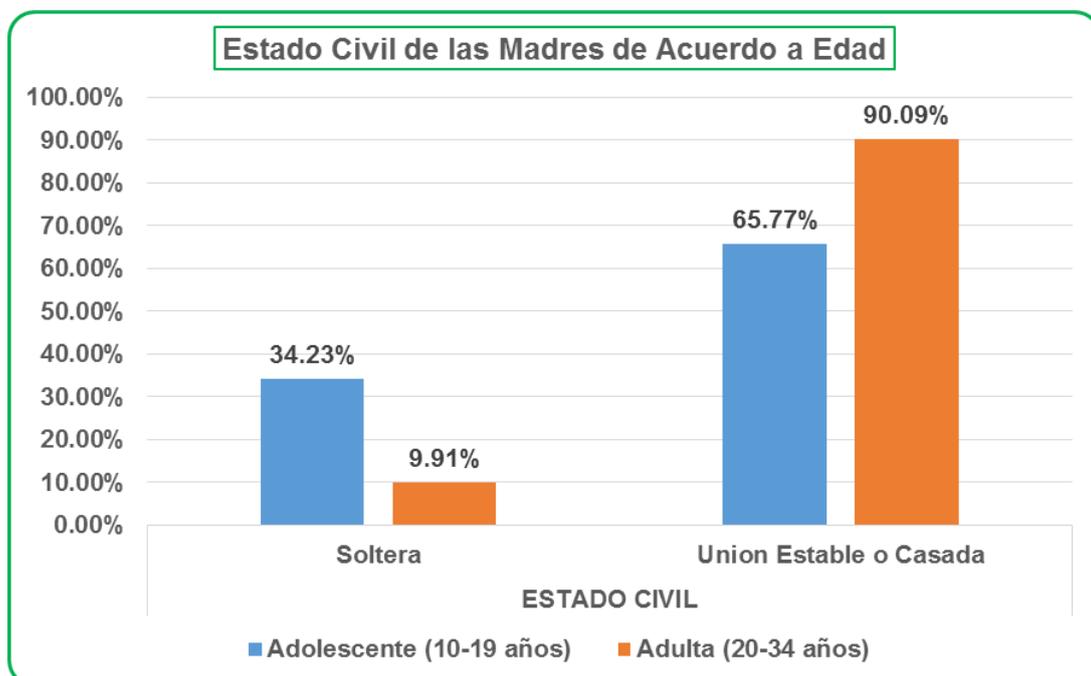
VARIABLES	RECIÉN NACIDOS N=333		
Alojamiento conjunto	Si	290	87.09%
	No	43	12.91%
Internación UCIN	Si	80	24.02%
	No	253	75.98%
SDR	Si	20	6.01%
	No	313	93.99%
Apneas	Si	14	4.20%
	No	319	95.80%
Asfixia	Si	8	2.40%
	No	325	97.60%
Hiperbilirrubinemia	Si	84	25.23%
	No	249	74.77%
Otros problemas	Si	73	21.92%
	No	260	78.08%
Malformación	Si	8	2.40%
	No	325	97.60%
Muerte	Si	5	1.50%
	No	328	98.50%
RCP	Si	62	18.62%
	No	271	81.38%
Luminoterapia	Si	35	10.51%
	No	298	89.49%

7.4. Resultados Comparativos de las características Maternas de Acuerdo a Edad.

Tabla N° 4: Estado Civil según Edad Materna.

Estado Civil	Edad de La Madre			
	Adolescente N=222		Adulta N=111	
Soltera	76	34.23%	11	9.91%
Unión Estable o Casada	146	65.77%	100	90.09%

Gráfico N° 4

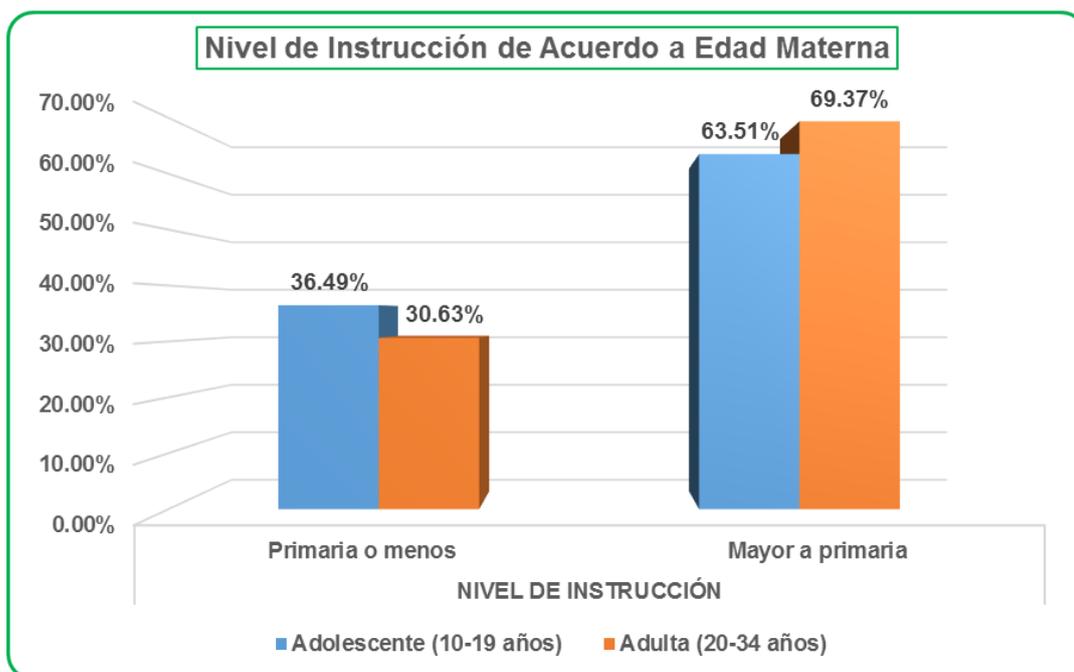


Al comparar las proporciones el chi2 resultó con una $p = 0.000$ la cual es estadísticamente significativa. Podemos afirmar que el hecho de que el hayas más solteras va a depender si la madre es Adolescente.

Tabla N° 5: Nivel de Instrucción según Edad Materna.

Nivel de Instrucción	Edad de La Madre			
	Adolescente N=222		Adulta N=111	
Primaria o menos	81	36.49%	34	30.63%
Mayor a primaria	141	63.51%	77	69.37%

Gráfico N° 5

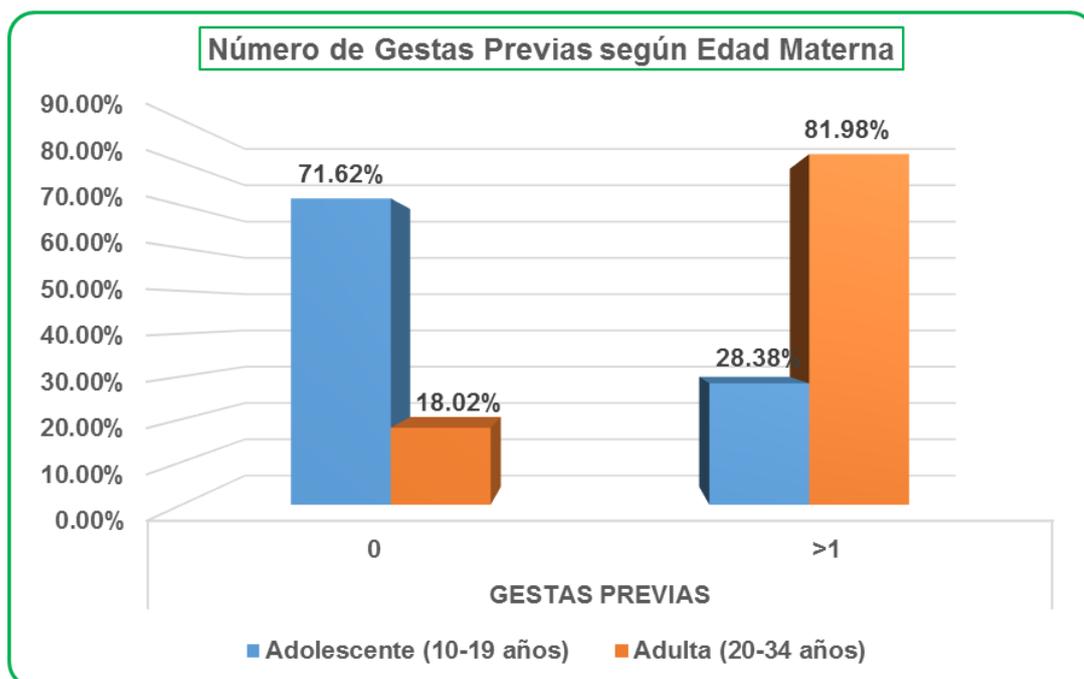


Al comparar las proporciones el chi2 resultó con una $p = 0.289$ la cual no es estadísticamente significativa. Podemos afirmar que el hecho de que tenga un nivel Educativo menos de primaria no va depender si la madre es Adolescente o Adulta.

Tabla N° 6: Gestas Previas según Edad Materna.

Gestas Previas	Edad de La Madre			
	Adolescente N=222		Adulta N=111	
0	159	71.62%	20	18.02%
≥1	63	28.38%	91	81.98%

Gráfico N° 6

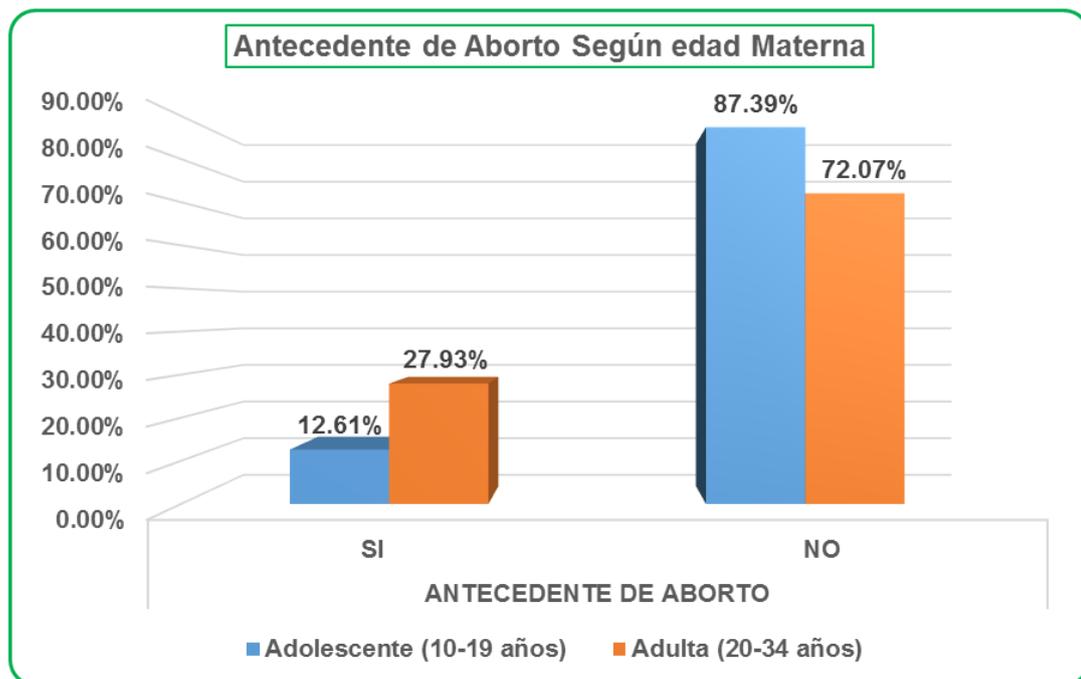


Al comparar las proporciones el chi2 resultó con una $p = 0.000$ la cual es estadísticamente significativa. Podemos afirmar que el hecho de que tenga la primera gestación va a depender si la madre es Adolescente.

Tabla N° 7: Antecedente de Aborto según Edad Materna.

Antecedente de Aborto	Edad de La Madre			
	Adolescente N=222		Adulta N=111	
SI	28	12.61%	31	27.93%
NO	194	87.39%	80	72.07%

Gráfico N° 7

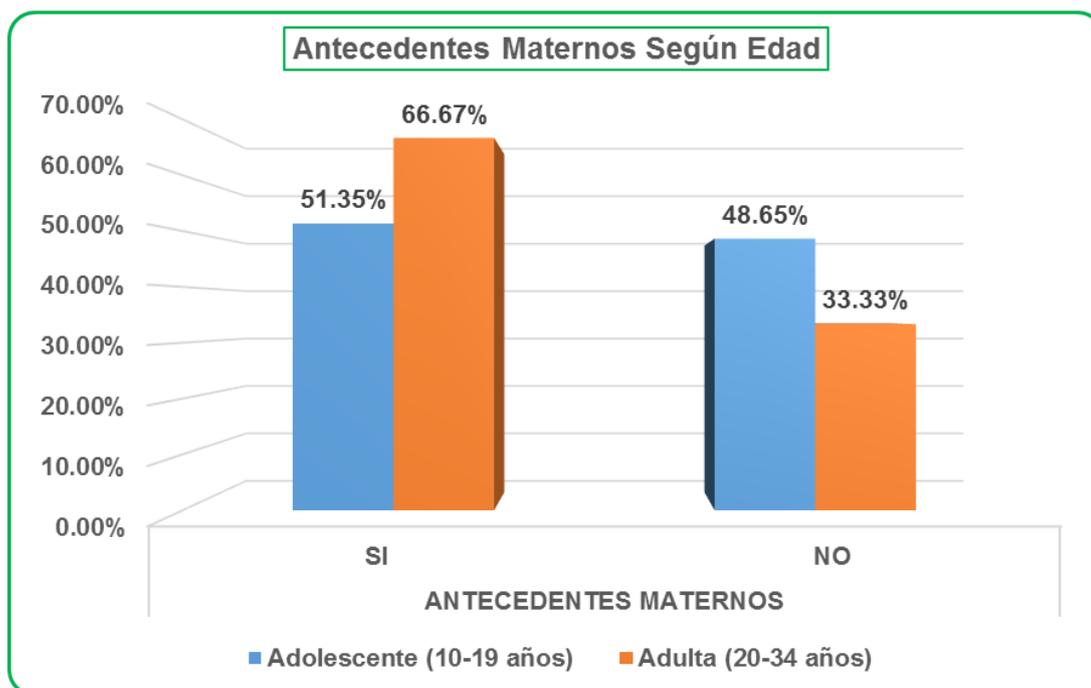


Al comparar las proporciones el chi2 resultó con una $p = 0.001$ la cual es estadísticamente significativa. Podemos afirmar que el hecho de que tenga antecedente de aborto va a depender si la madre es Adolescente o Adulta.

Tabla N° 8: Antecedentes Maternos según Edad.

Antecedentes Maternos	Edad de La Madre			
	Adolescente N=222		Adulta N=111	
SI	114	51.35%	74	66.67%
NO	108	48.65%	37	33.33%

Gráfico N° 8

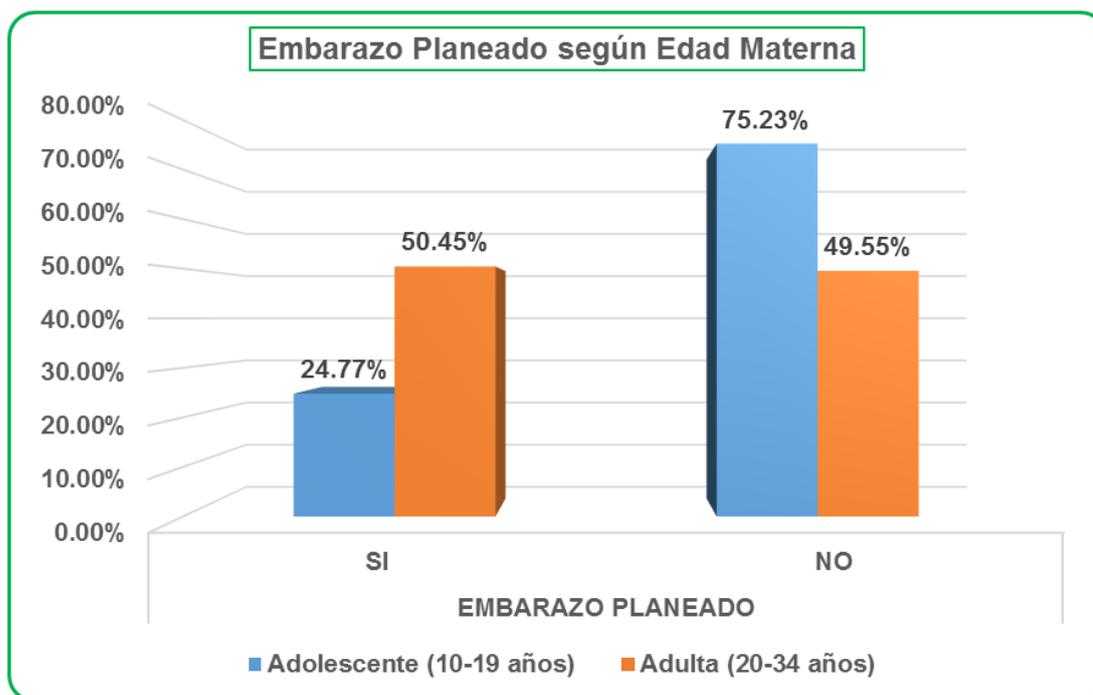


Al comparar las proporciones el chi2 resultó con una $p = 0.008$ la cual es estadísticamente significativa. Podemos afirmar que el hecho de que tenga Antecedentes durante el embarazo va a depender si la madre es Adolescente o Adulta.

Tabla N° 9: Embarazo Planeado según Edad de la Madre.

Embarazo Planeado	Edad de La Madre			
	Adolescente N=222		Adulta N=111	
SI	55	24.77%	56	50.45%
NO	167	75.23%	55	49.55%

Gráfico N° 9

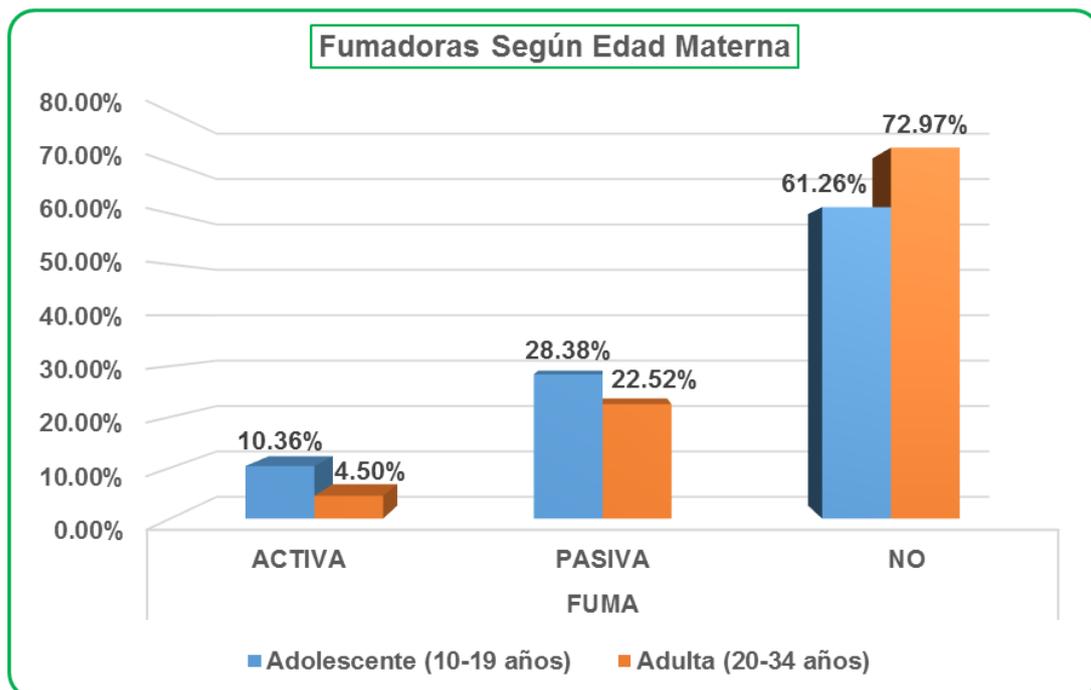


Al comparar las proporciones el chi2 resultó con una $p = 0.000$ la cual es estadísticamente significativa. Podemos afirmar que el hecho de que tenga sea un Embarazo Planeado va a depender si la madre es Adolescente o Adulta.

Tabla N° 10: Consumo de Tabaco según Edad de la Madre.

Fumadora	Edad de La Madre			
	Adolescente N=222		Adulta N=111	
Activa	23	10.36%	5	4.50%
Pasiva	63	28.38%	25	22.52%
No	136	61.26%	81	72.97%

Gráfico N° 10

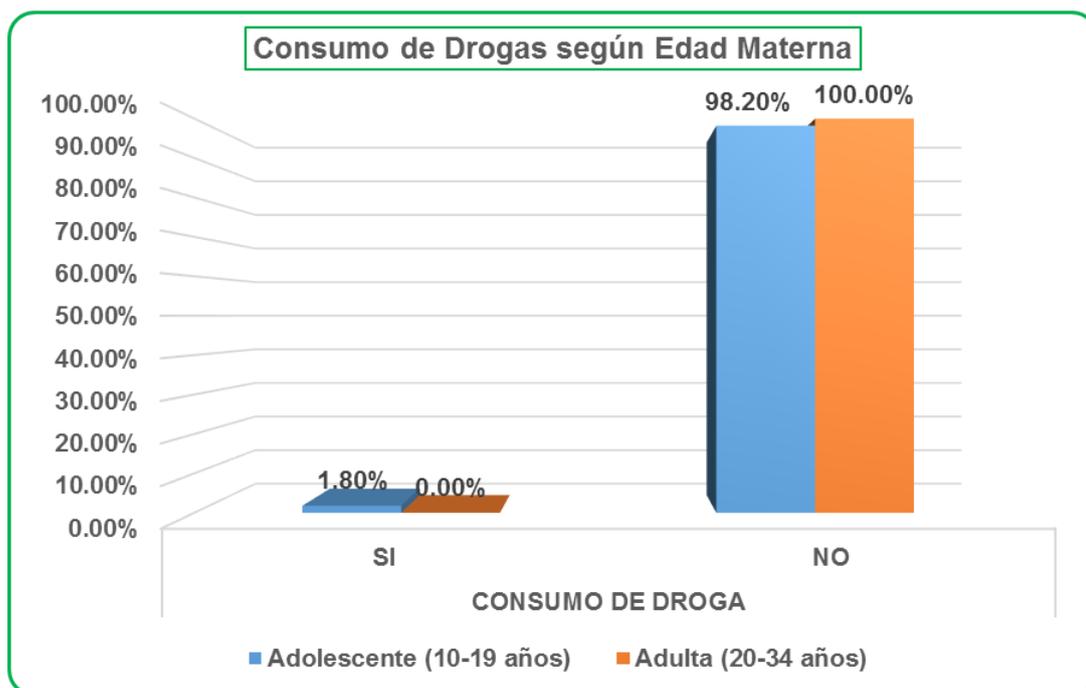


Al comparar las proporciones el chi2 resultó con una $p = 0.063$ la cual no es estadísticamente significativa. Podemos afirmar que el hecho de que sea Fumadora activa, pasiva o no fume no va a depender si la madre es Adolescente o Adulta.

Tabla N° 11: Consumo de Drogas según Edad Materna.

Consumo de Drogas	Edad de La Madre			
	Adolescente N=222		Adulta N=111	
SI	4	1.80%	0	0.00%
NO	218	98.20%	111	100.00%

Gráfico N° 11

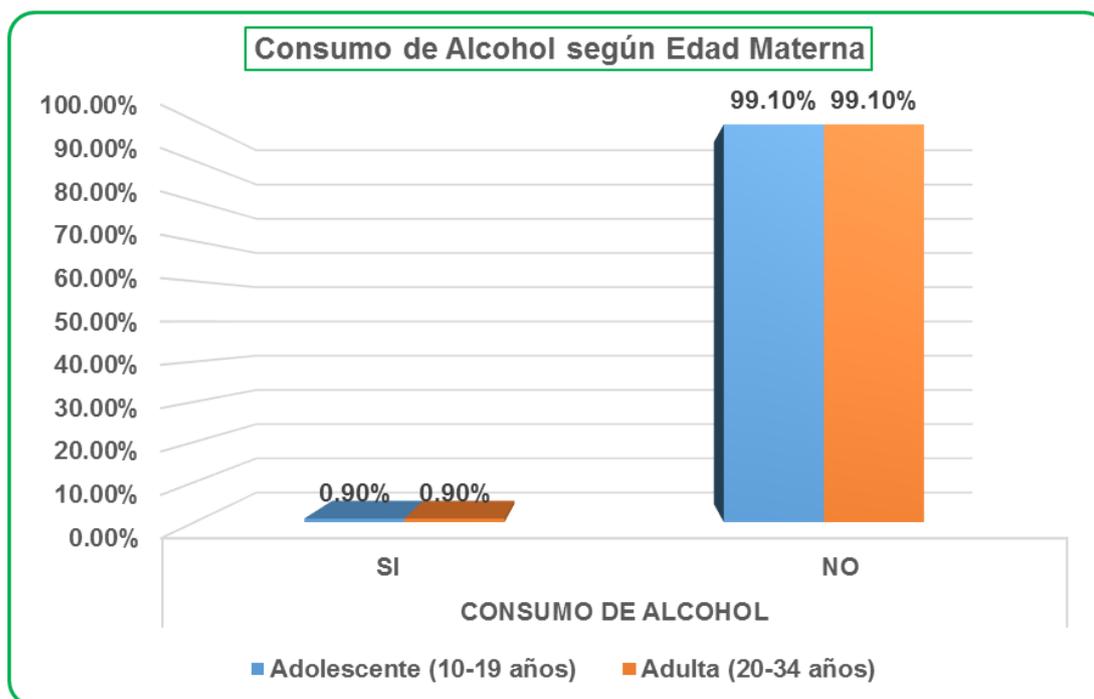


Al comparar las proporciones el test de fisher resultó con una $p = 0.306$ la cual no es estadísticamente significativa. Podemos afirmar que el hecho de que consuma drogas no va a depender si la madre es Adolescente o Adulta.

Tabla N° 12: Consumo de Alcohol según Edad Materna.

Consumo de Alcohol	Edad de La Madre			
	Adolescente N=222		Adulta N=111	
SI	2	0.90%	1	0.90%
NO	220	99.10%	110	99.10%

Gráfico N° 12

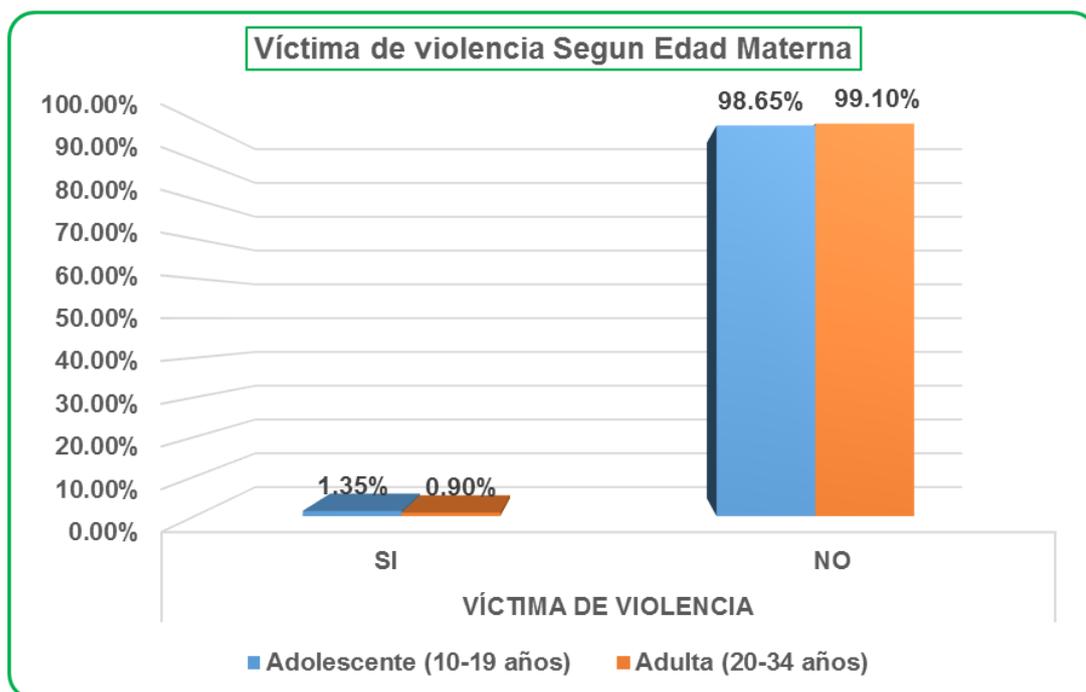


Al comparar las proporciones el test de fisher resultó con una $p = 1.000$ la cual no es estadísticamente significativa. Podemos afirmar que el hecho de que consuma Alcohol no va a depender si la madre es Adolescente o Adulta.

Tabla N° 13: Víctima de Violencia de según Edad Materna

Víctima de Violencia	Edad de La Madre			
	Adolescente N=222		Adulta N=111	
SI	3	1.35%	1	0.90%
NO	219	98.65%	110	99.10%

Gráfico N° 13

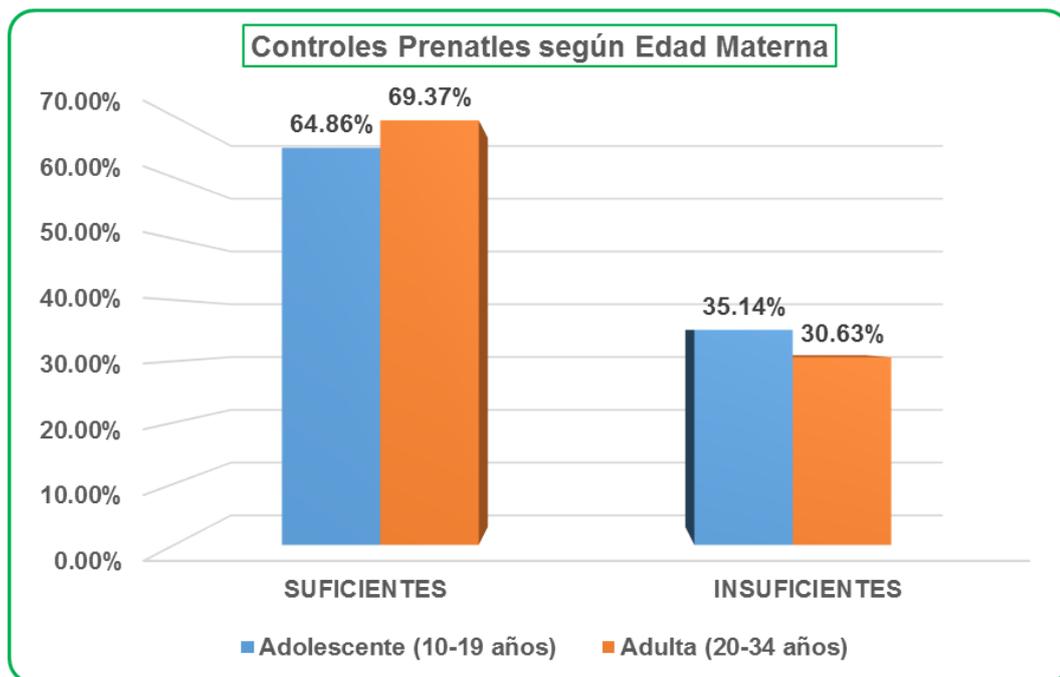


Al comparar las proporciones el test de fisher resultó con una $p = 1.000$ la cual no es estadísticamente significativa. Podemos afirmar que el hecho de que la sean víctimas de Violencia no va a depender si la madre es Adolescente o Adulta.

Tabla N° 14: Controles Prenatales según Edad Materna.

Controles Prenatales	Edad de La Madre			
	Adolescente N=222		Adulta N=111	
Suficientes	144	64.86%	77	69.37%
Insuficientes	78	35.14%	34	30.63%

Gráfico N° 14

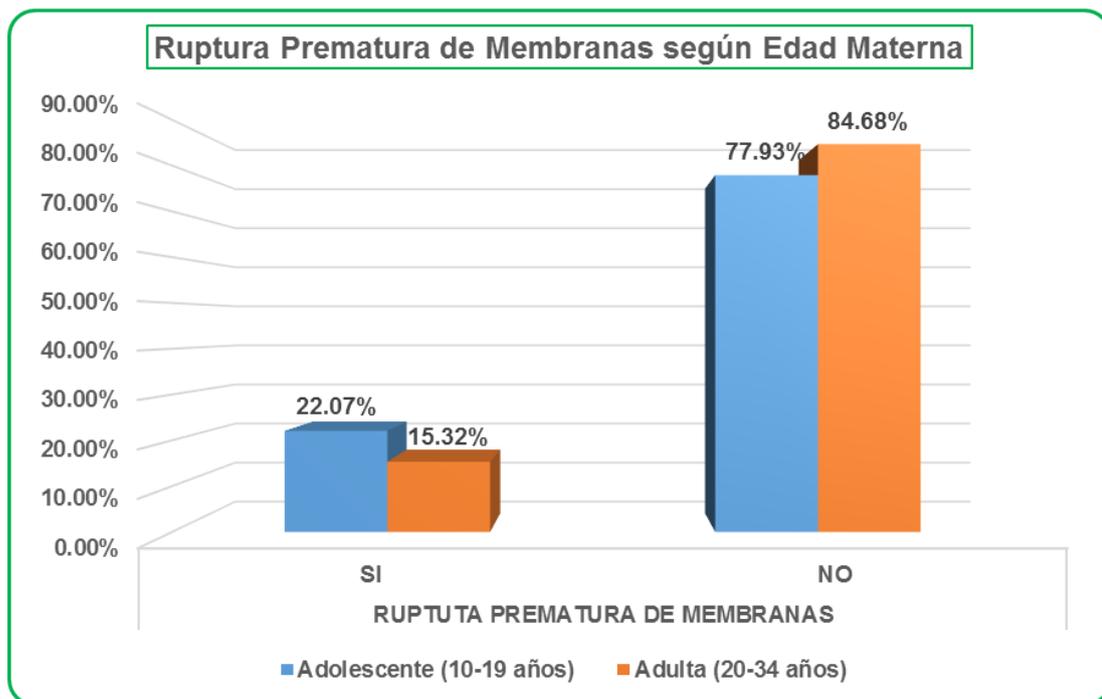


Al comparar las proporciones el chi2 resultó con una $p = 0.412$ la cual no es estadísticamente significativa. Podemos afirmar que el hecho de que tengan controles insuficientes no va a depender si la madre es Adolescente o Adulta.

Tabla N° 15: Ruptura Prematura de Membradas según Edad Materna.

RPM	Edad de La Madre			
	Adolescente N=222		Adulta N=111	
SI	49	22.07%	17	15.32%
NO	173	77.93%	94	84.68%

Gráfico N° 15

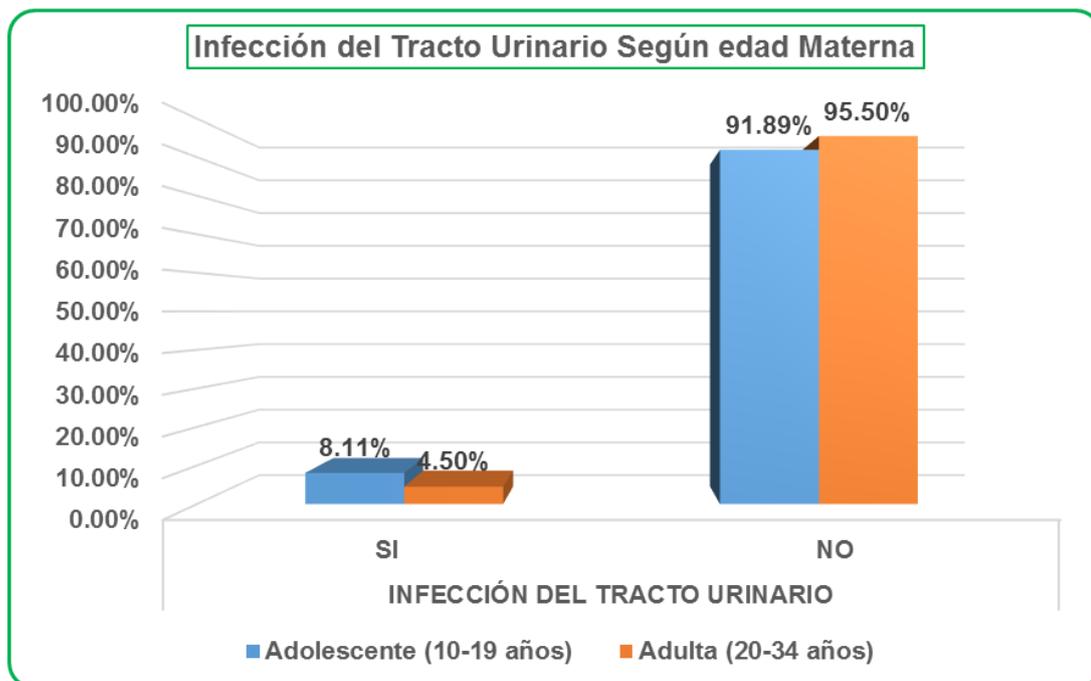


Al comparar las proporciones el chi2 resultó con una $p = 0.145$ la cual no es estadísticamente significativa. Podemos afirmar que el hecho de que tengan Ruptura prematura de Membranas no va a depender si la madre es Adolescente o Adulta.

Tabla N° 16: Infección del Tracto Urinario según Edad Materna.

Infección del Tracto Urinario	Edad de La Madre			
	Adolescente N=222		Adulta N=111	
SI	18	8.11%	5	4.50%
NO	204	91.89%	106	95.50%

Gráfico N° 16

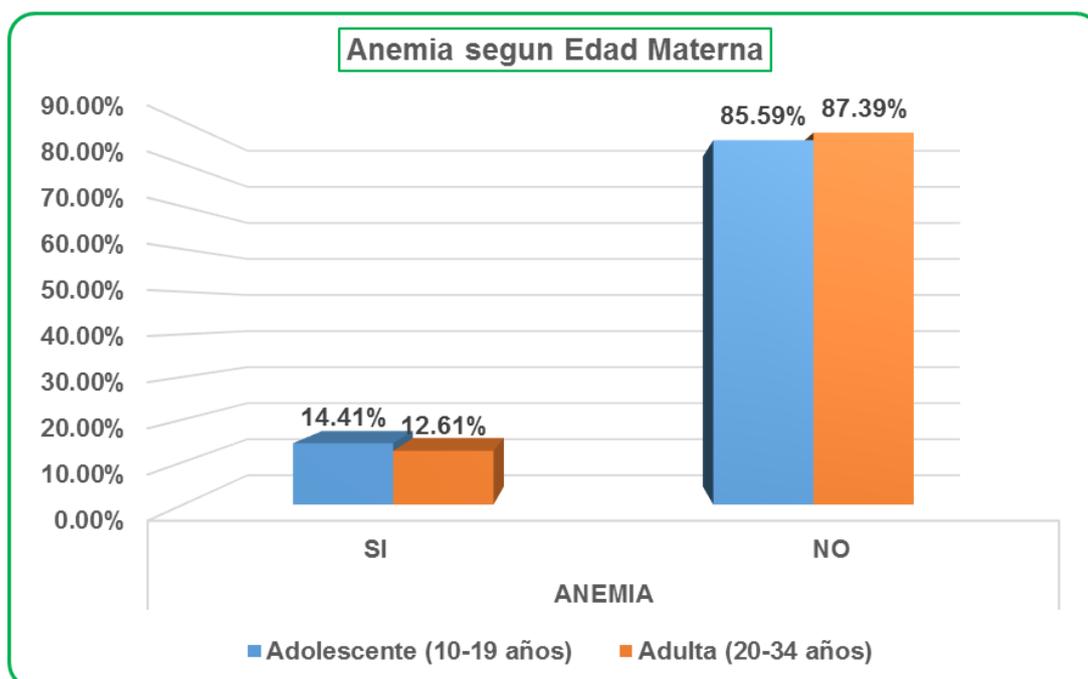


Al comparar las proporciones el chi2 resultó con una $p = 0.222$ la cual no es estadísticamente significativa. Podemos afirmar que el hecho de que tengan Infección del tracto Urinario no va a depender si la madre es Adolescente o Adulta.

Tabla N° 17: Anemia según Edad Materna.

Anemia	Edad de La Madre			
	Adolescente N=222		Adulta N=111	
SI	32	14.41%	14	12.61%
NO	190	85.59%	97	87.39%

Gráfico N° 17

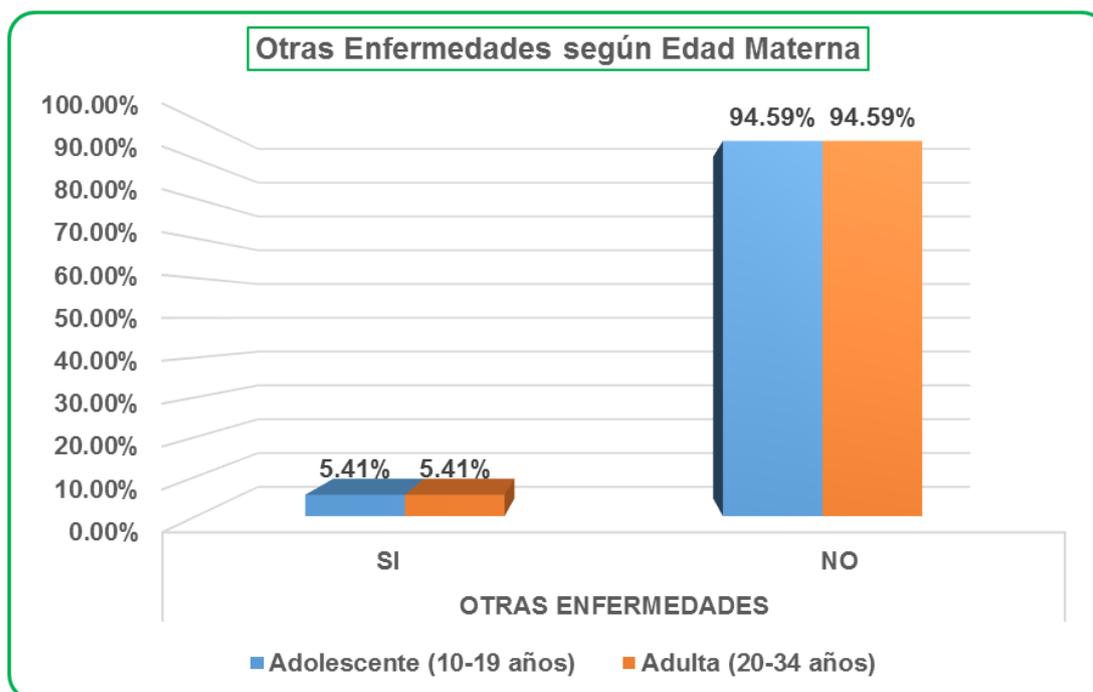


Al comparar las proporciones el chi2 resultó con una $p = 0.653$ la cual no es estadísticamente significativa. Podemos afirmar que el hecho de que tengan Anemia no va a depender si la madre es Adolescente o Adulta.

Tabla N° 18: Presencia de Otras Enfermedades según Edad Materna.

Otras Enfermedades	Edad de La Madre			
	Adolescente N=222		Adulta N=111	
SI	12	5.41%	6	5.41%
NO	210	94.59%	105	94.59%

Gráfico N° 18

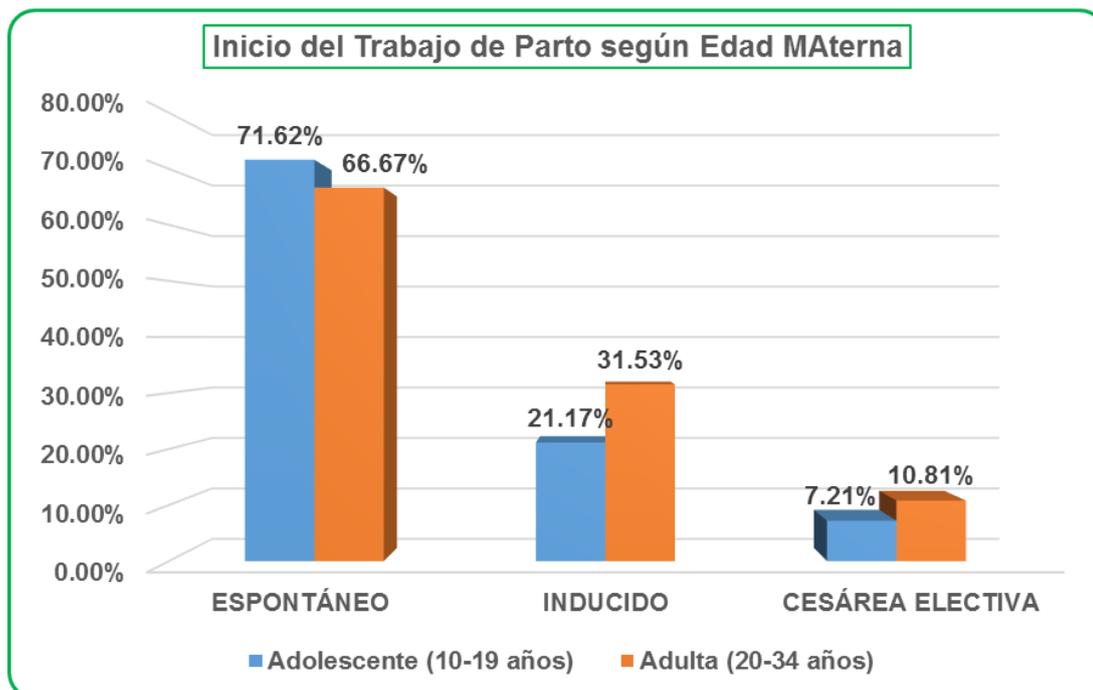


Al comparar las proporciones el chi2 resultó con una $p = 1.000$ la cual no es estadísticamente significativa. Podemos afirmar que el hecho de que tengan Otras Enfermedades no va a depender si la madre es Adolescente o Adulta.

Tabla N° 19: Inicio de Parto según Edad Materna.

Inicio de Parto	Edad de La Madre			
	Adolescente N=222		Adulta N=111	
Espontáneo	159	71.62%	74	66.67%
Inducido	47	21.17%	35	31.53%
Cesárea Electiva	16	7.21%	12	10.81%

Gráfico N° 19

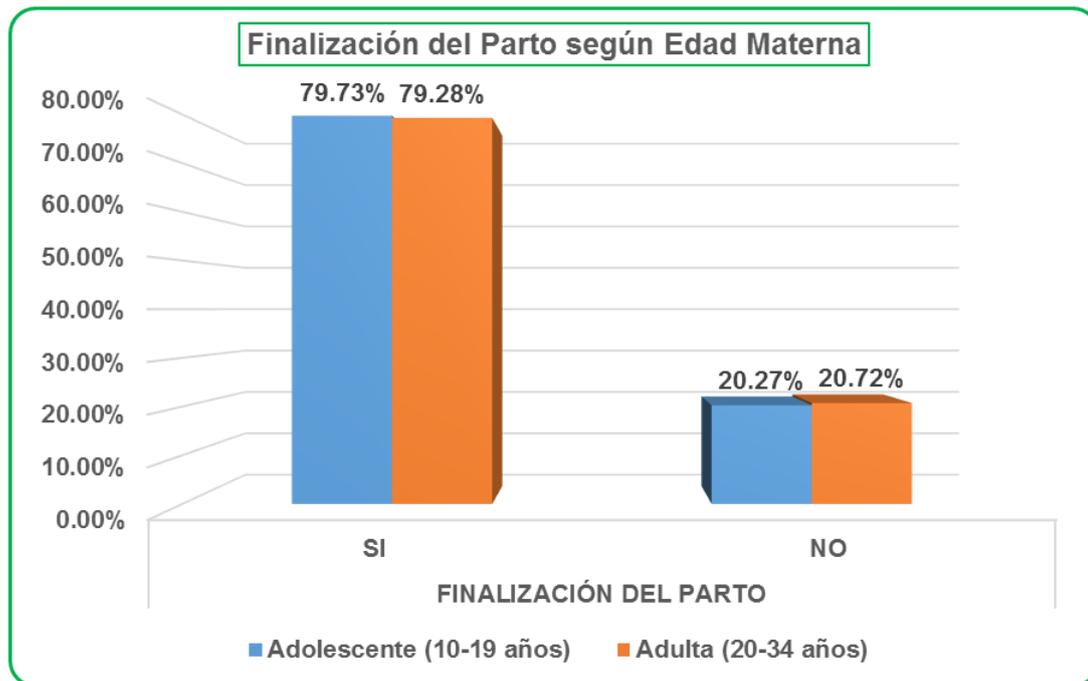


Al comparar las proporciones el chi2 resultó con una $p = 0.481$ la cual no es estadísticamente significativa. Podemos afirmar que el hecho de que tengan el parto inicie de manera espontánea, inducida o como cesárea electiva no va a depender si la madre es Adolescente o Adulta.

Tabla N° 20: Finalización del parto Según Edad Materna.

Finalización del Parto	Edad de La Madre			
	Adolescente N=222		Adulta N=111	
Vaginal no Instrumental	177	79.73%	88	79.28%
Cesárea	45	20.27%	23	20.72%

Gráfico N° 20

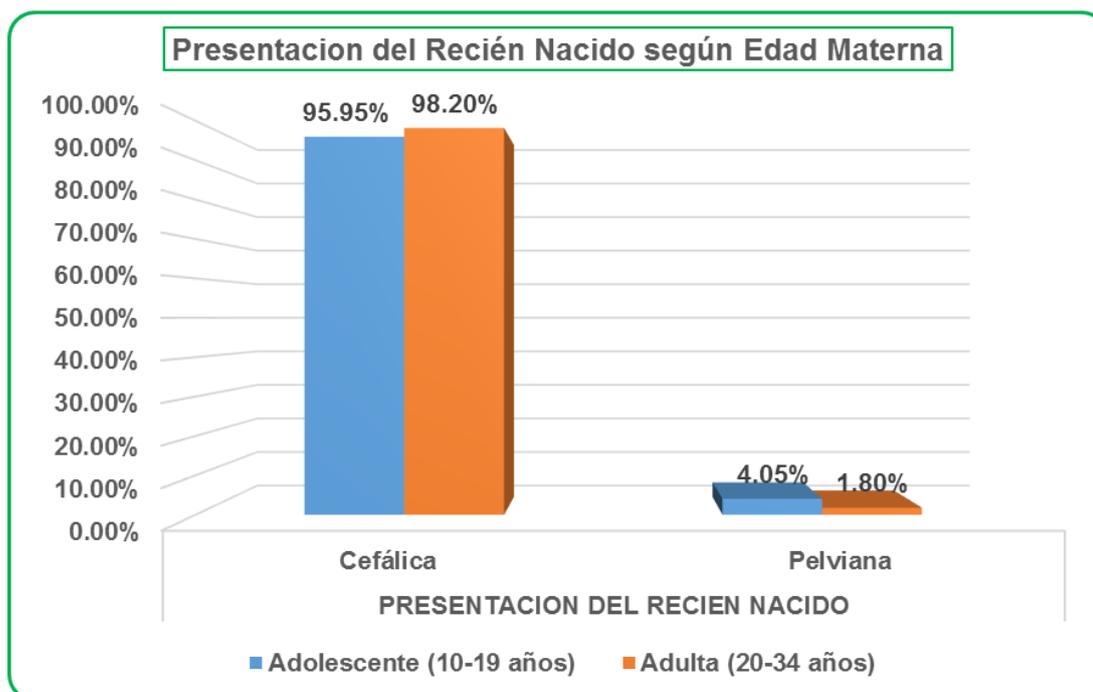


Al comparar las proporciones el chi² resultó con una $p = 0.923$ la cual no es estadísticamente significativa. Podemos afirmar que el hecho de que tengan el parto finalice por el canal vaginal o cesárea no va a depender si la madre es Adolescente o Adulta.

Tabla N° 21: Presentación del Recién Nacido según Edad Materna.

Presentación del Recién Nacido	Edad de La Madre			
	Adolescente N=222		Adulta N=111	
Cefálica	213	95.95%	109	98.20%
Pelviana	9	4.05%	2	1.80%

Gráfico N° 21



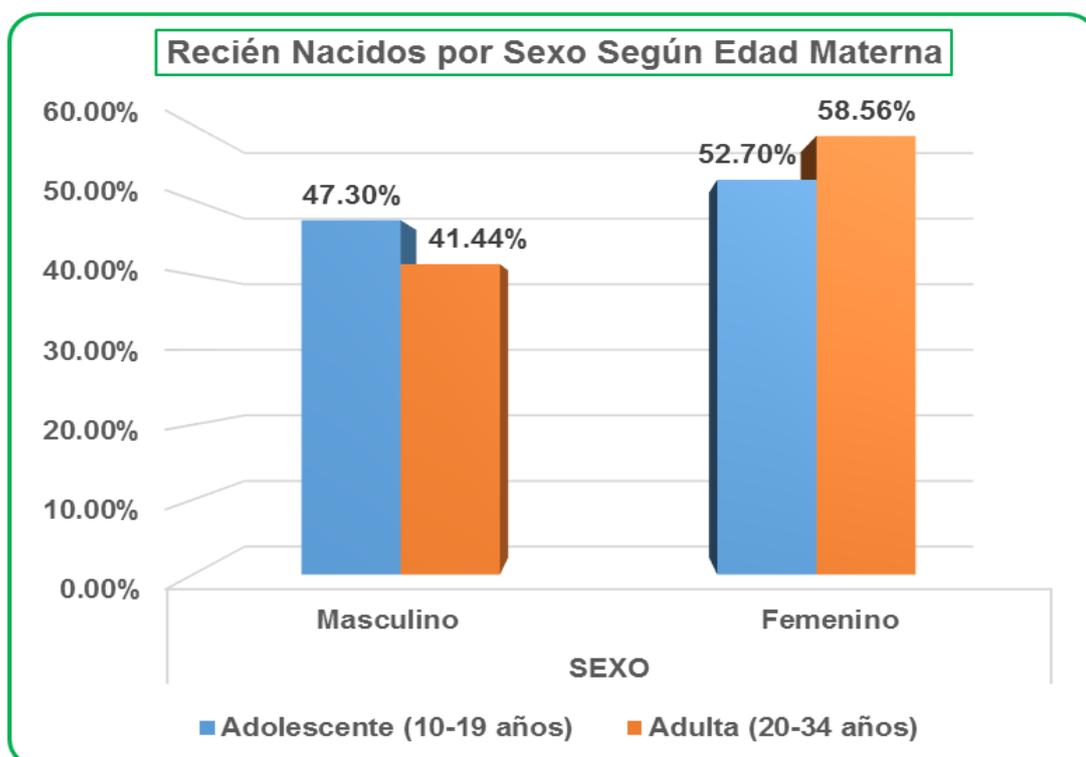
Al comparar las proporciones el test de fisher resultó con una $p = 0.348$ la cual no es estadísticamente significativa. Podemos afirmar que el hecho de que el bebé tenga la presentación cefálica o pelviana al nacimiento no va a depender si la madre es Adolescente o Adulta.

7.5. Resultados Comparativos de las características del Recién Nacido de Acuerdo a Edad de la Madre.

Tabla N° 22: Sexo del Recién según Edad Materna.

Sexo del RN	Edad de La Madre			
	Adolescente N=222		Adulta N=111	
Masculino	105	47.30%	46	41.44%
Femenino	117	52.70%	65	58.56%

Gráfico N° 22

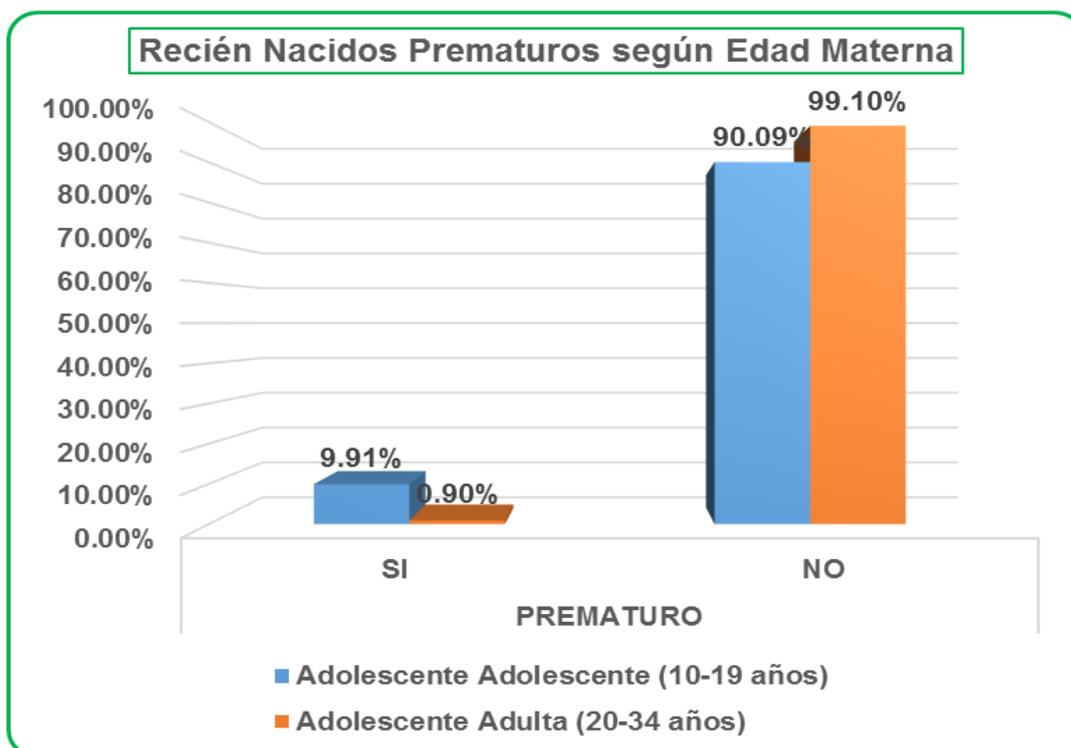


Al comparar las proporciones el test de chi² resultó con una $p= 0.312$ la cual no es estadísticamente significativa. Podemos afirmar que el hecho de que el bebé sea de sexo masculino o femenino no va a depender si la madre es Adolescente o Adulta.

Tabla N° 23: Recién Nacidos Prematuros según Edad Materna.

Recién Nacidos Prematuros	Edad de La Madre			
	Adolescente N=222		Adulta N=111	
SI	22	9.91%	3	2.70%
NO	200	90.09%	108	97.30%

Gráfico N° 23

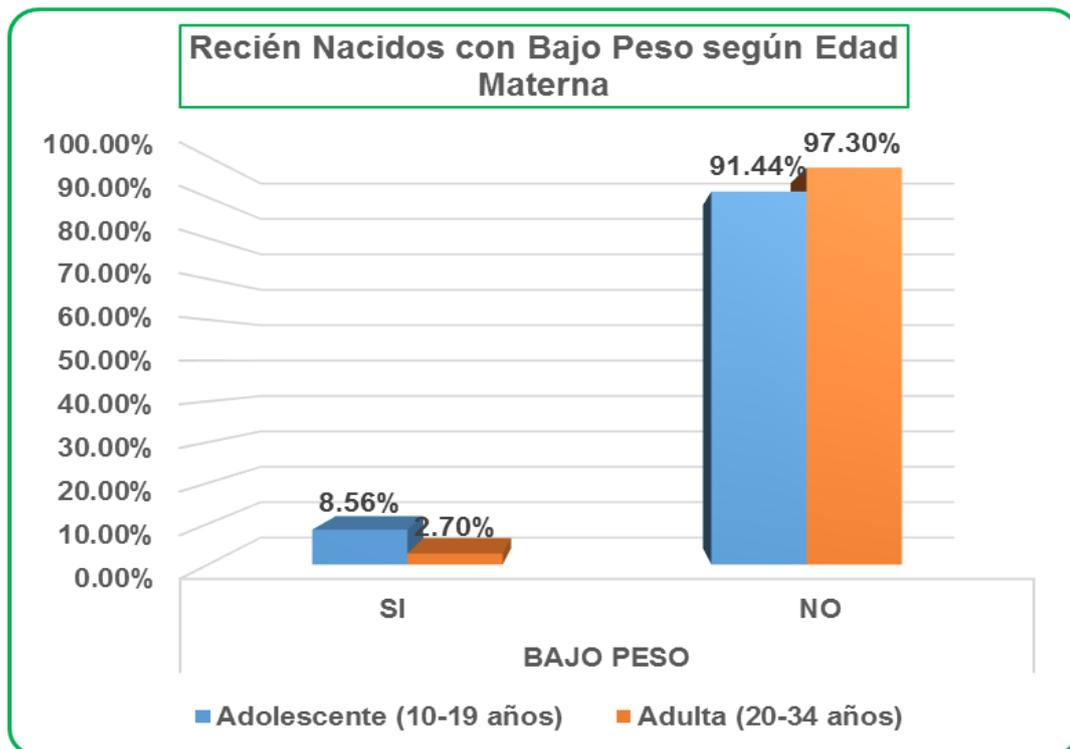


Al comparar las proporciones el chi2 resultó con una $p=0.018$ la cual es estadísticamente significativa. Podemos afirmar que el hecho de que el bebé sea Prematuro va a depender si la madre es Adolescente o Adulta.

Tabla N° 24: Recién Nacido con Bajo Peso al nacer según Edad Materna.

Recién Nacido con Bajo Peso	Edad de La Madre			
	Adolescente N=222		Adulta N=111	
SI	19	8.56%	3	2.70%
NO	203	91.44%	108	97.30%

Gráfico N° 24

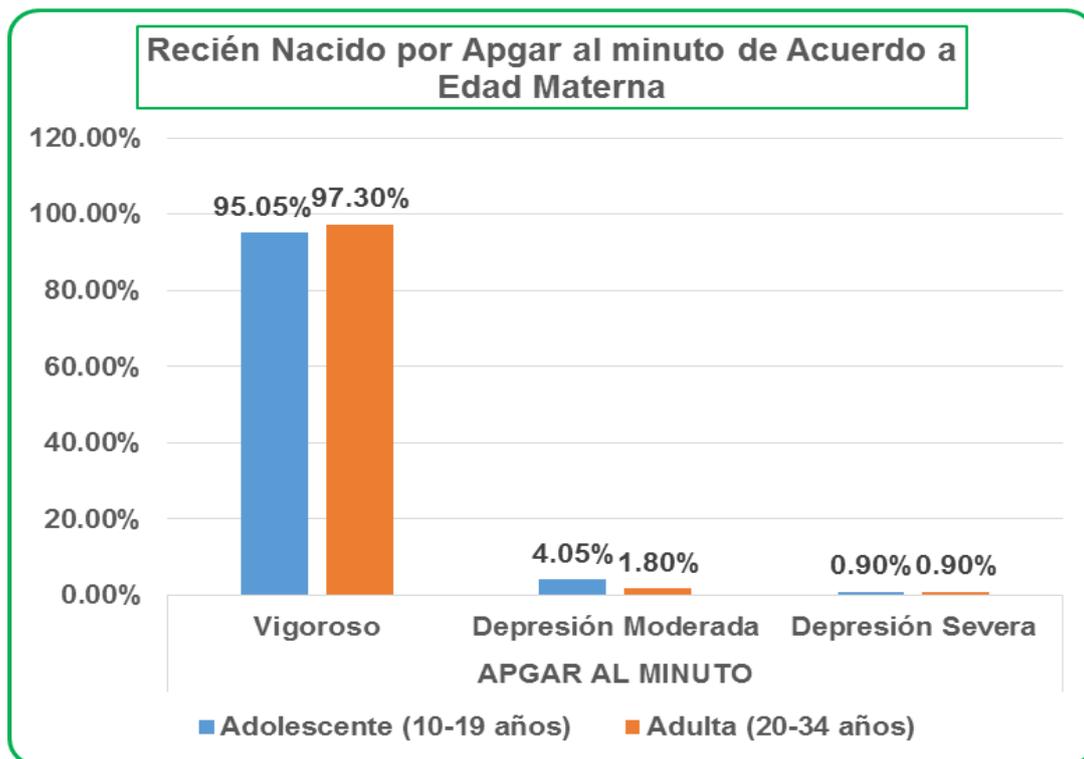


Al comparar las proporciones el chi2 resultó con una $p=0.043$ la cual es estadísticamente significativa. Podemos afirmar que el hecho de que el bebé tenga bajo peso va a depender si la madre es Adolescente o Adulta.

Tabla N° 25: Apgar al Minuto del recién nacido según Edad Materna.

Apgar al Minuto	Edad de La Madre			
	Adolescente N=222		Adulta N=111	
Vigoroso	211	95.05%	108	97.30%
Depresión Moderada	9	4.05%	2	1.80%
Depresión Severa	2	0.90%	1	0.90%

Gráfico N° 25

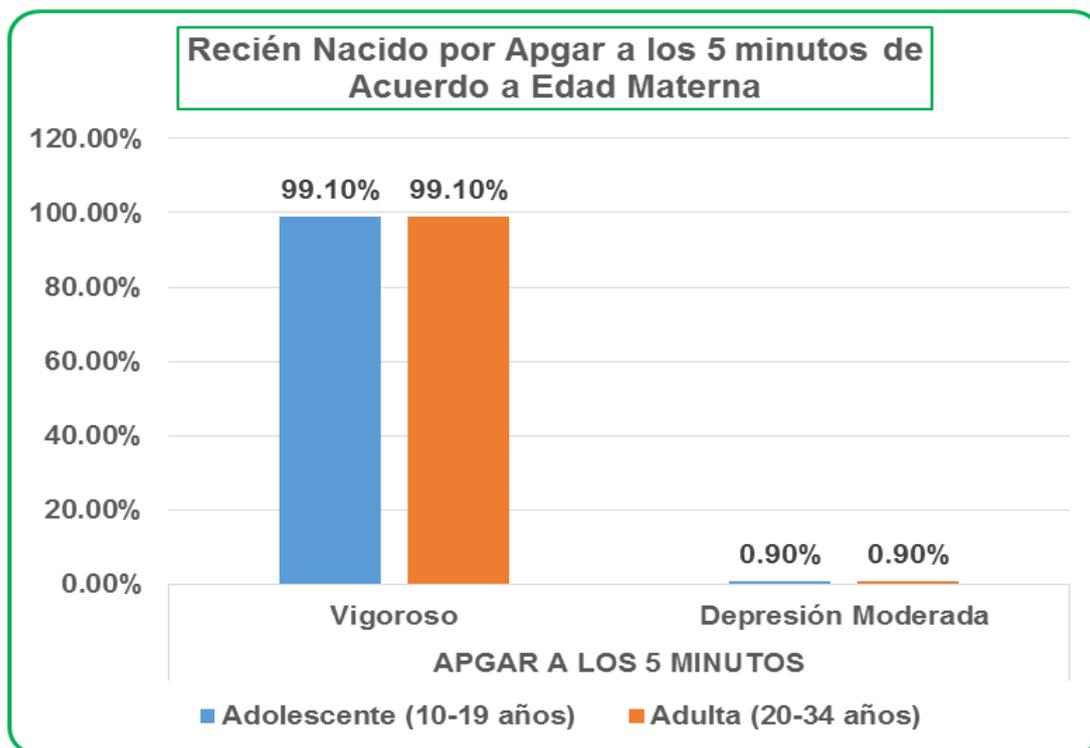


Al comparar las proporciones el test de Fisher resultó con una $p= 0.637$ la cual no es estadísticamente significativa. Podemos afirmar que el hecho de que el bebé tenga nazca vigoroso, con depresión moderada o depresión severa no va a depender si la madre es Adolescente o Adulta.

Tabla N° 26: Apgar a los 5 Minutos del recién nacido según Edad Materna.

Apgar a los 5 Minutos	Edad de La Madre			
	Adolescente N=222		Adulta N=111	
Vigoroso	220	99.10%	110	99.10%
Depresión Moderada	2	0.90%	1	0.90%

Gráfico N° 26



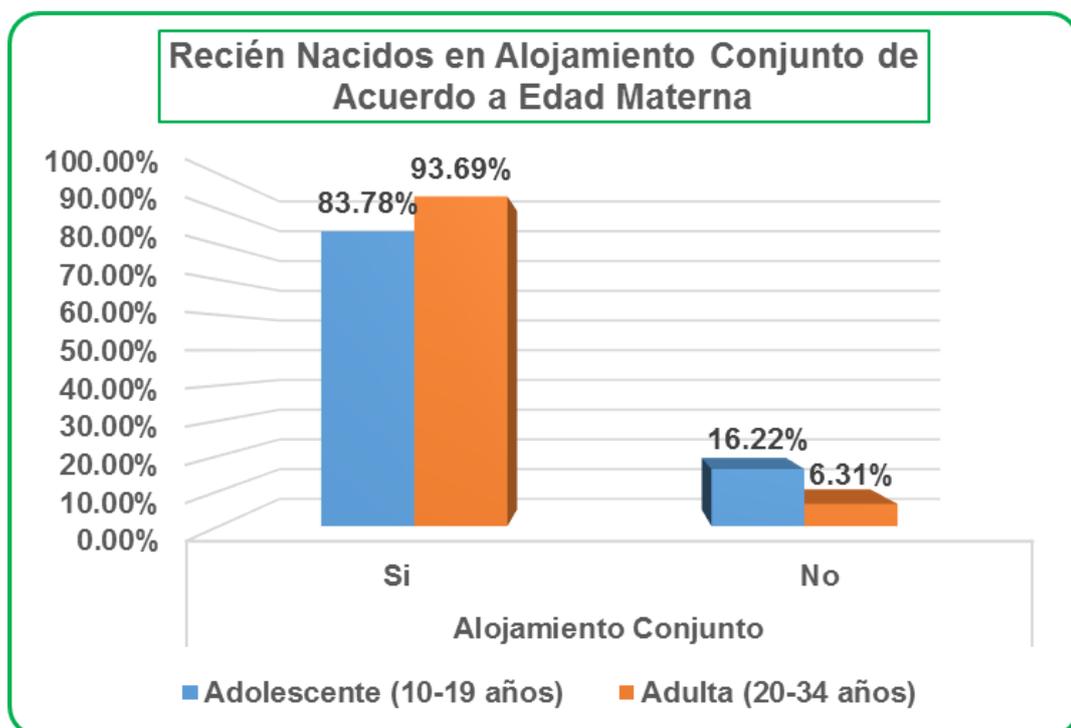
Al comparar las proporciones el test de Fisher resultó con una $p= 1.00$ la cual no es estadísticamente significativa. Podemos afirmar que el hecho de que el bebé esté vigoroso o con depresión moderada no va a depender si la madre es Adolescente o Adulta.

7.6. Resultados Comparativos de los eventos del Recién Nacido de Acuerdo a Edad de la Madre.

Tabla N° 27: Recién Nacidos que pasan a Alojamiento Conjunto según Edad Materna.

Alojamiento Conjunto	Edad de La Madre			
	Adolescente N=222		Adulta N=111	
Si	186	83.78%	104	93.69%
No	36	16.22%	7	6.31%

Grafico N° 27

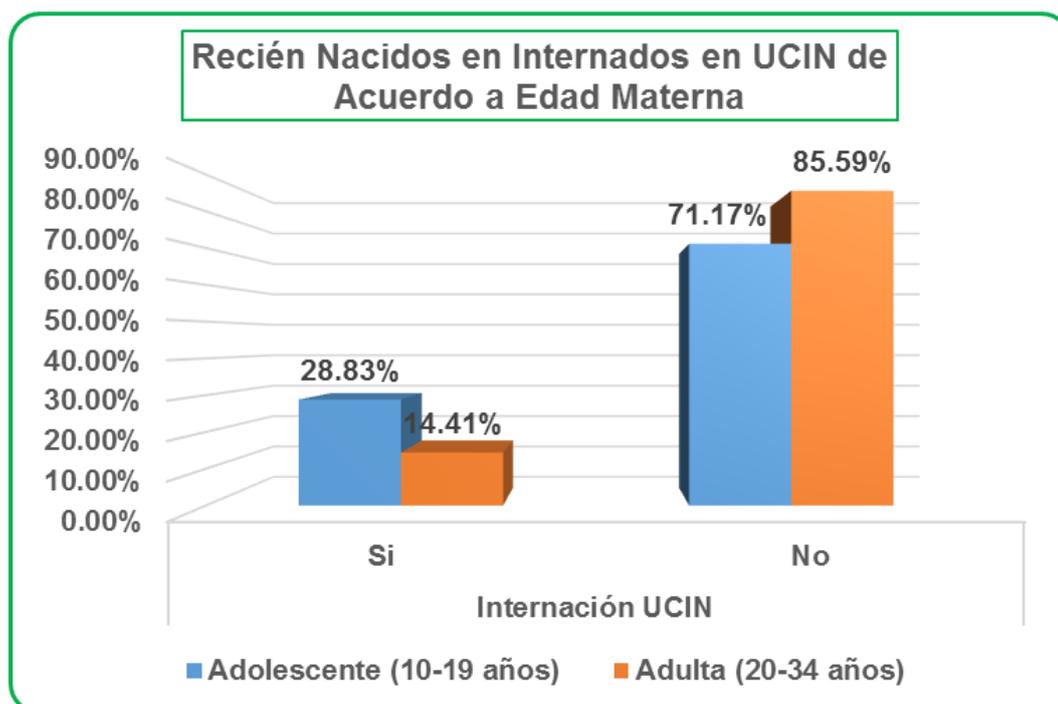


Al comparar las proporciones el chi2 resultó con una $p=0.011$ la cual es estadísticamente significativa. Podemos afirmar que el hecho de que el bebé pase a Alojamiento conjunto va a depender si la madre es Adolescente o Adulta.

Tabla N° 28: Recién Nacidos que pasan a UCIN según Edad Materna.

Internación UCIN	Edad de La Madre			
	Adolescente N=222		Adulta N=111	
Si	64	28.83%	16	14.41%
No	158	71.17%	95	85.59%

Grafico N° 28



Al comparar las proporciones el chi2 resultó con una $p=0.004$ la cual es estadísticamente significativa. Podemos afirmar que el hecho de que el bebé se interne en UCIN va a depender si la madre es Adolescente o Adulta.

Tabla N° 29: Días de Internación Promedio en UCIN según Edad Materna.

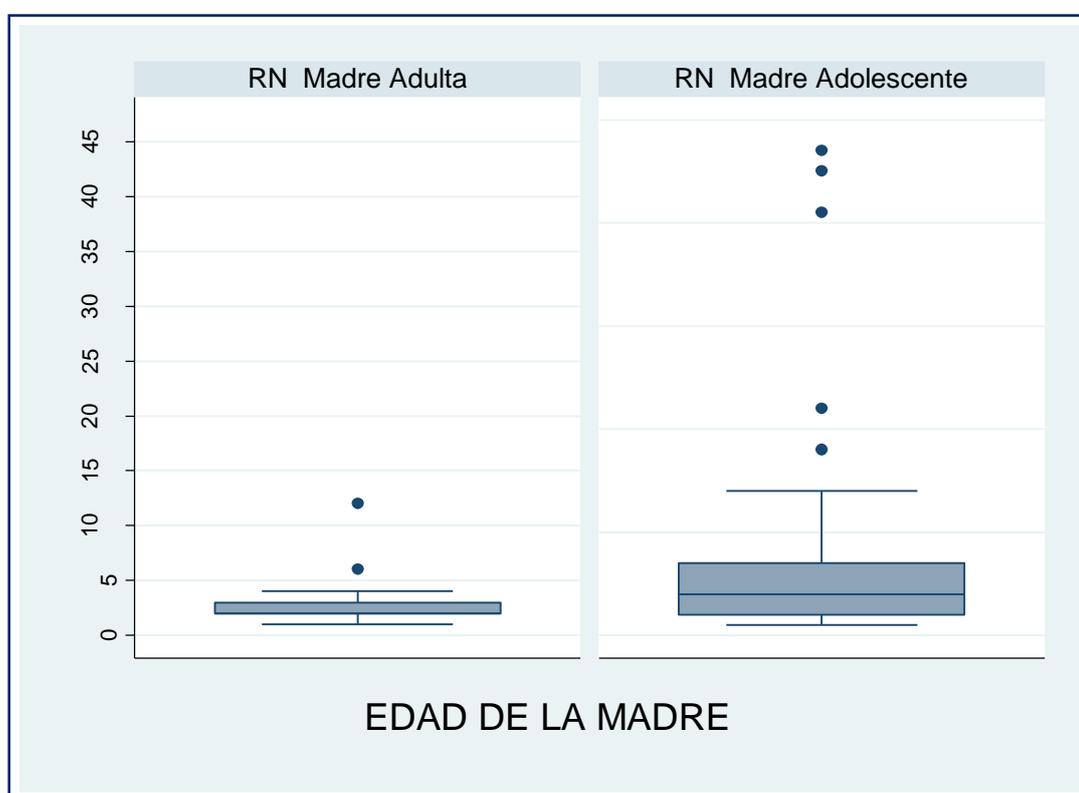
Días de Internación en UCIN	Media	S	N	%Total N
RN Madre Adolescente (10-19 años)	6.58	9.23	67	81.71%
RN Madre Adulta (20-34 años)	3.13	2.77	15	18.29%

S: desvío Estándar

N: Muestra

Los días de Internación promedio de los bebés de madres adolescente fue de 3.45 días más en comparación con el de las madres Adultas.

Gráfico N° 29



Al comparar ambas medias de los días de Internación de los recién nacidos de las madres Adolescentes con las madres adultas con el test de Wilcoxon Rank-Sum Test se obtuvo un valor de $z = -2.135$ con una $p = 0.0328$, que nos permite afirmar que existe una diferencia estadísticamente significativa entre la media de ambos grupos.

Tabla N° 30: Días de Estancia Hospitalaria según Edad Materna.

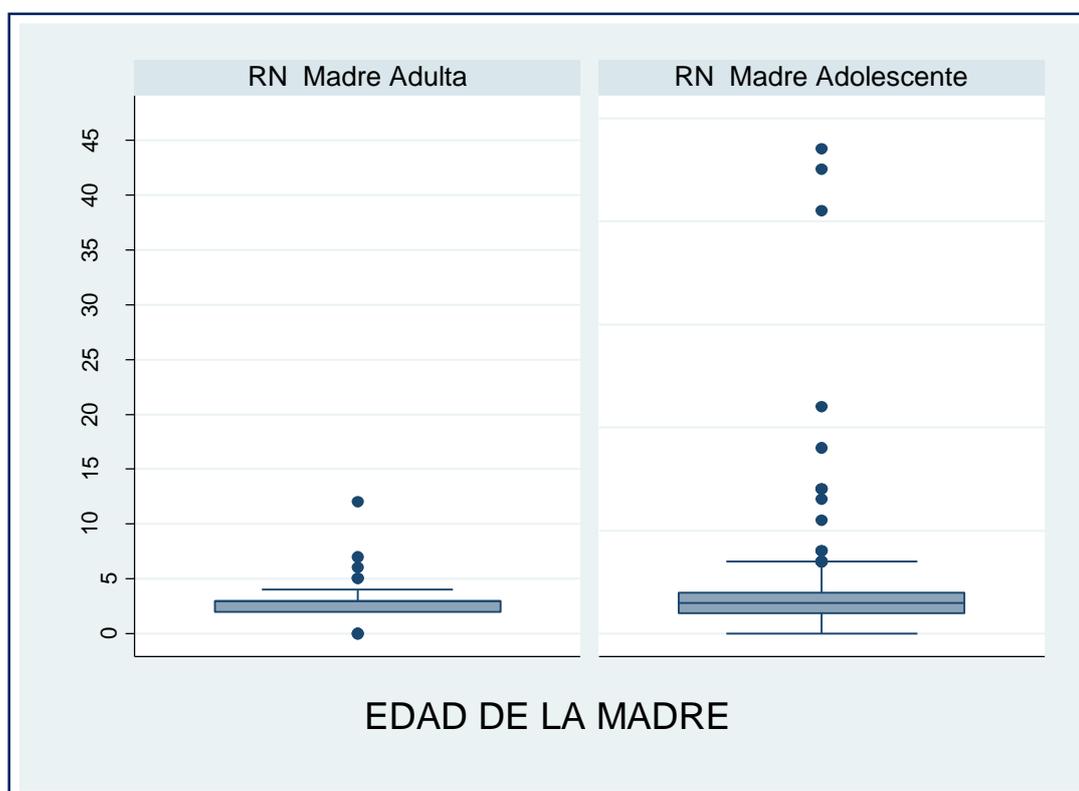
TOTAL DE ESTANCIA HOSPITALARIA	Media	S	N	%Total N
RN Madre Adolescente (10-19 años)	3.99	5.39	222	66.67%
RN Madre Adulta (20-34 años)	2.72	1.29	111	33.33%

S: desvío Estándar

N: Muestra

El total de días de Estancia Hospitalaria en promedio de los bebés de madres adolescente fue de 1.27 días más en comparación con el de las madres Adultas.

Gráfico N° 30

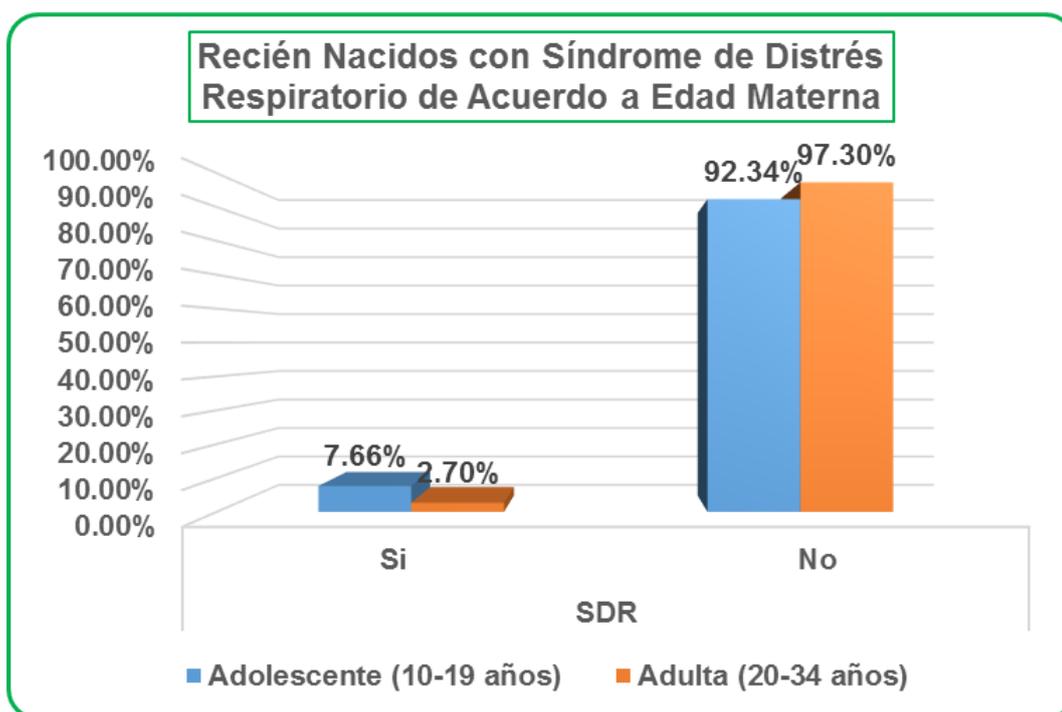


Al comparar ambas medias de el total de días de Estancia Hospitalaria de los recién nacidos de las madres Adolescentes con las madres adultas con el test de Wilcoxon Rank-Sum Test se obtuvo un valor de $z = -3.246$ con una $p = 0.0012$, que nos permite afirmar que existe una diferencia estadísticamente significativa entre la media de ambos grupos.

Tabla N° 31: Síndrome de Distrés Respiratorio en el Recién Nacido según Edad Materna.

Síndrome de Distrés Respiratorio	Edad de La Madre			
	Adolescente N=222		Adulta N=111	
Si	17	7.66%	3	2.70%
No	205	92.34%	108	97.30%

Grafico N° 31

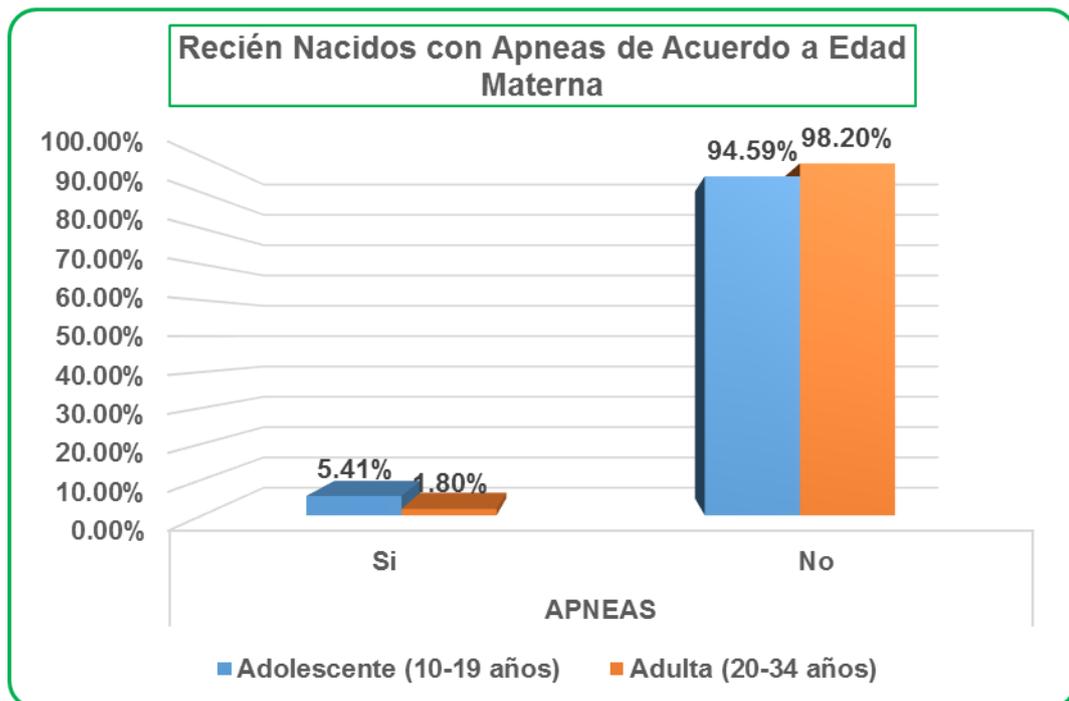


Al comparar las proporciones el chi2 resultó con una $p=0.073$ la cual no es estadísticamente significativa. Podemos afirmar que el hecho de que el bebé desarrolle Síndrome de Distrés Respiratorio no va a depender si la madre es Adolescente o Adulta.

Tabla N° 32: Apneas en el Recién Nacido según Edad Materna.

Apneas	Edad de La Madre			
	Adolescente N=222		Adulta N=111	
Si	12	5.41%	2	1.80%
No	210	94.59%	109	98.20%

Grafico N° 32

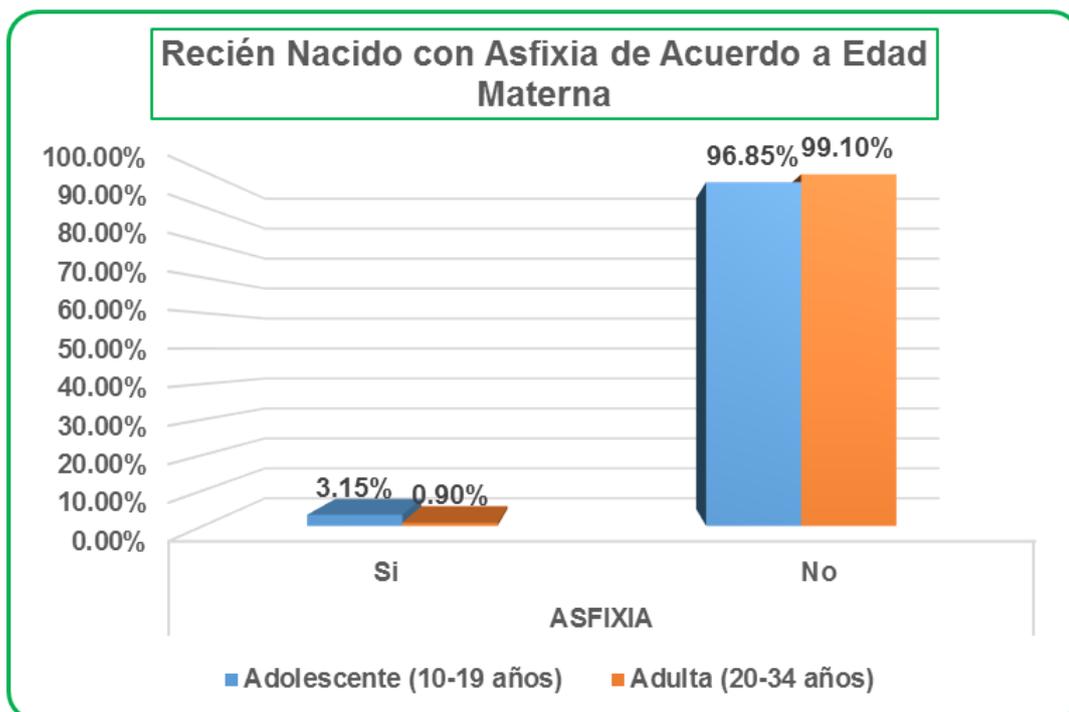


Al comparar las proporciones el test de Fisher resultó con una $p= 0.154$ la cual no es estadísticamente significativa. Podemos afirmar que el hecho de que el bebé desarrolle episodios de Apnea no va a depender si la madre es Adolescente o Adulta.

Tabla N° 33: Asfixia en el Recién Nacido según Edad Materna.

Asfixia	Edad de La Madre			
	Adolescente N=222		Adulta N=111	
Si	7	3.15%	1	0.90%
No	215	96.85%	110	99.10%

Grafico N° 33

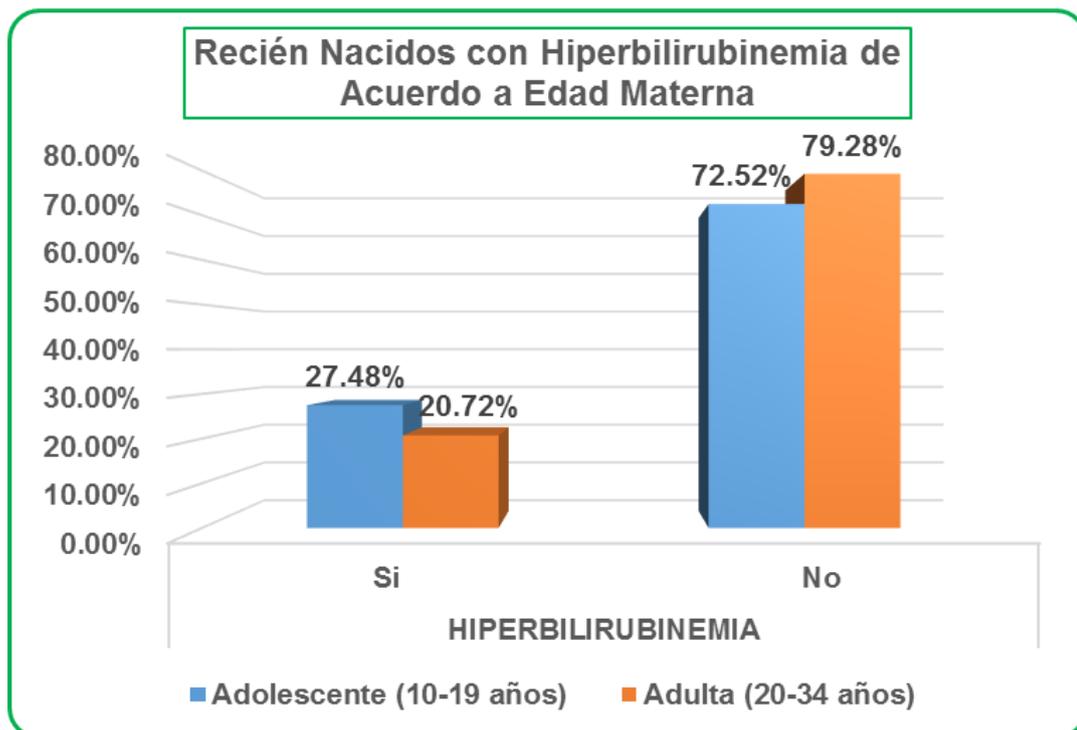


Al comparar las proporciones el test de Fisher resultó con una $p= 0.277$ la cual no es estadísticamente significativa. Podemos afirmar que el hecho de que el bebé desarrolle Asfixia no va a depender si la madre es Adolescente o Adulta.

Tabla N° 34: Hiperbilirrubinemia en el Recién Nacido según Edad Materna.

Hiperbilirrubinemia	Edad de La Madre			
	Adolescente N=222		Adulta N=111	
Si	61	27.48%	23	20.72%
No	161	72.52%	88	79.28%

Grafico N° 34

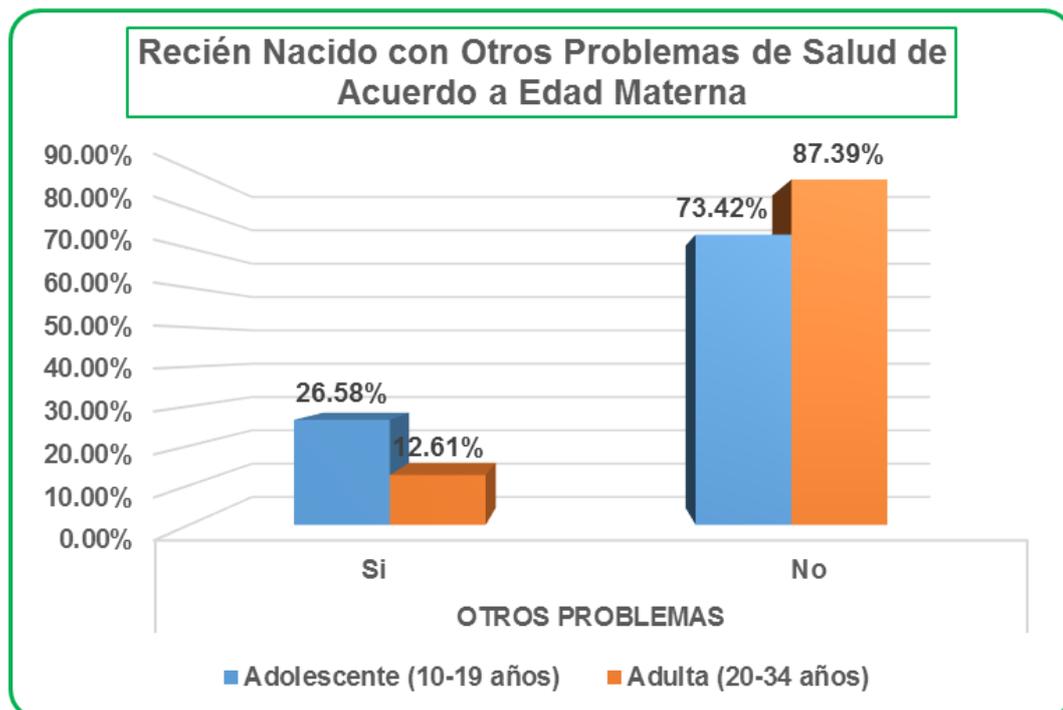


Al comparar las proporciones el chi2 resultó con una $p=0.181$ la cual no es estadísticamente significativa. Podemos afirmar que el hecho de que el bebé desarrolle Hiperbilirrubinemia no va a depender si la madre es Adolescente o Adulta.

Tabla N° 35: Otros Problemas en el Recién Nacido según Edad Materna.

Otros Problemas al Nacer	Edad de La Madre			
	Adolescente N=222		Adulta N=111	
Si	59	26.58%	14	12.61%
No	163	73.42%	97	87.39%

Grafico N° 35

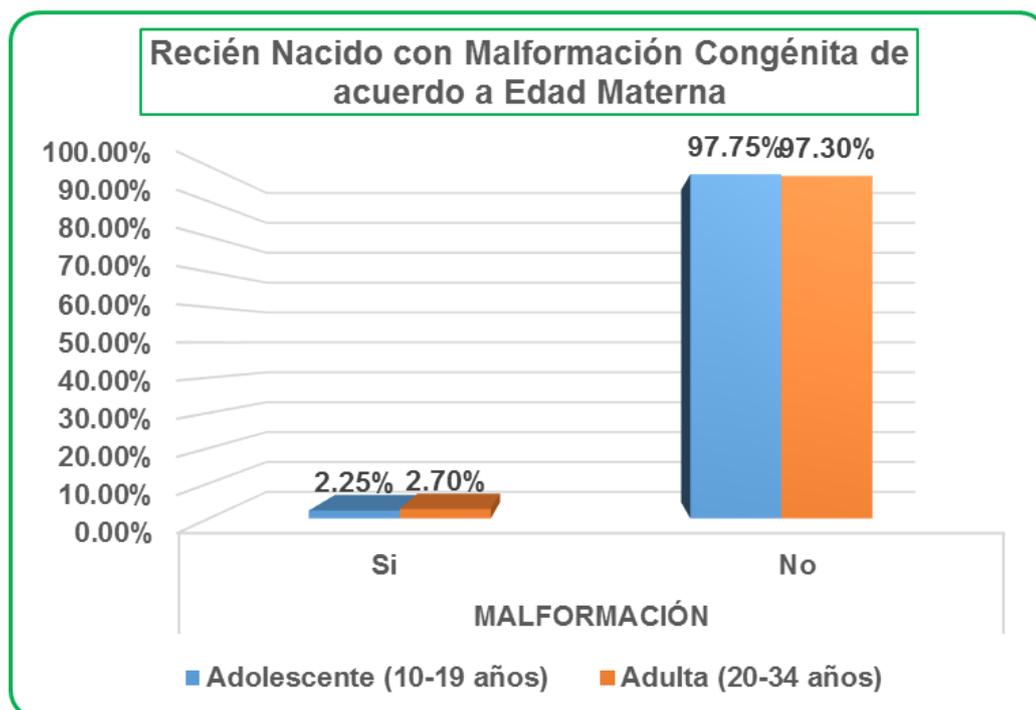


Al comparar las proporciones el chi2 resultó con una $p=0.004$ la cual es estadísticamente significativa. Podemos afirmar que el hecho de que el bebé desarrolle Otros problemas va a depender si la madre es Adolescente o Adulta.

Tabla N° 36: Malformación congénita en el Recién Nacido según Edad Materna.

Malformación Congénita	Edad de La Madre			
	Adolescente N=222		Adulta N=111	
Si	5	2.25%	3	2.70%
No	217	97.75%	108	97.30%

Grafico N° 36

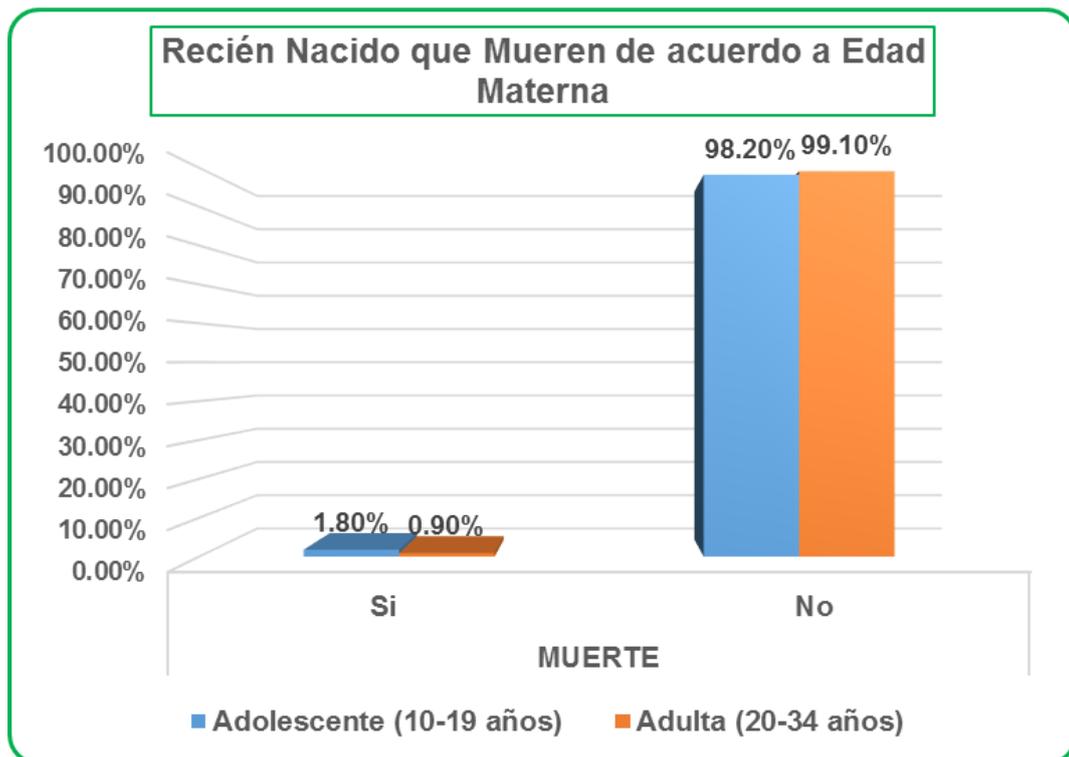


Al comparar las proporciones el test de Fisher resultó con una $p= 1.000$ la cual no es estadísticamente significativa. Podemos afirmar que el hecho de que el bebé tenga Malformación Congénita va a depender si la madre es Adolescente o Adulta.

Tabla N° 37: Muerte en el Recién Nacido según Edad Materna.

Muerte	Edad de La Madre			
	Adolescente N=222		Adulta N=111	
Si	4	1.80%	1	0.90%
No	218	98.20%	110	99.10%

Grafico N° 37

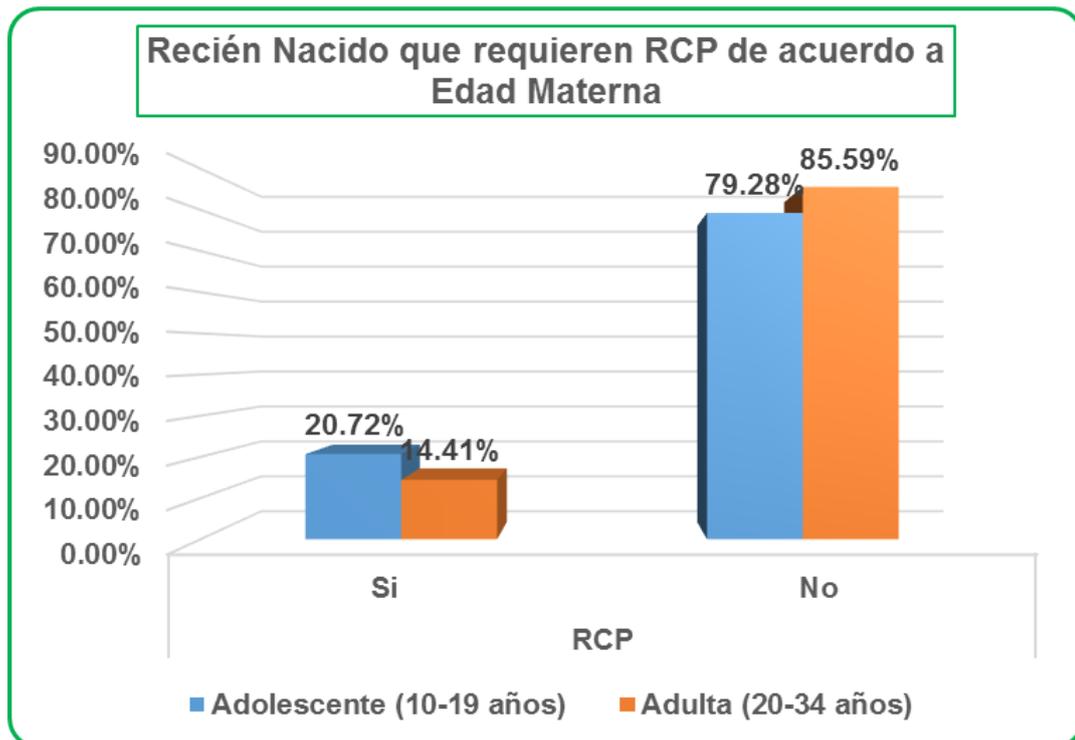


Al comparar las proporciones el test de Fisher resultó con una $p= 0.668$ la cual no es estadísticamente significativa. Podemos afirmar que el hecho de que el bebé muera no va a depender si la madre es Adolescente o Adulta.

Tabla N° 38: Resucitación Cardiopulmonar en el Recién Nacido según Edad Materna.

RCP	Edad de La Madre			
	Adolescente N=222		Adulta N=111	
Si	46	20.72%	16	14.41%
No	176	79.28%	95	85.59%

Grafico N° 38



Al comparar las proporciones el test de Fisher resultó con una $p= 0.163$ la cual no es estadísticamente significativa. Podemos afirmar que el hecho de que el bebé requiera RCP no va a depender si la madre es Adolescente o Adulta.

Tabla N° 39: Numero de Procedimientos de Resucitación Cardiopulmonar en el Recién Nacido según Edad Materna.

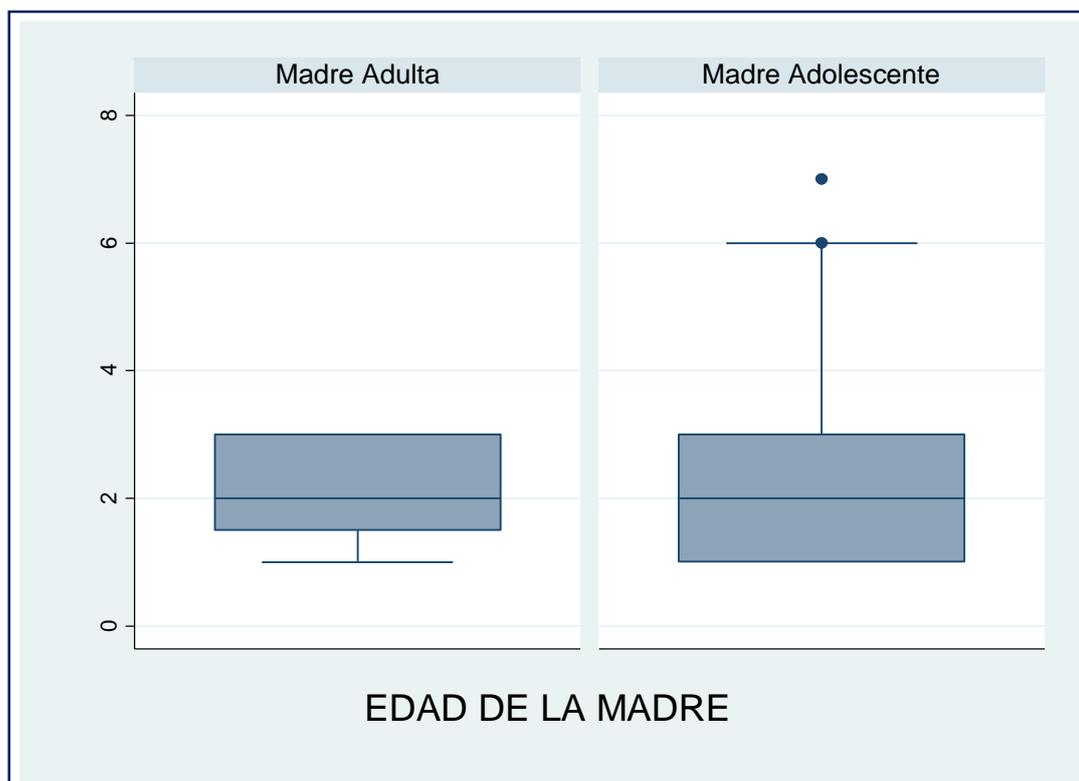
N° de Procedimientos de RCP	Media	S	N	%Total N
RN Madre Adolescente (10-19 años)	2.39	1.63	46	74.19%
RN Madre Adulta (20-34 años)	2.06	0.77	16	25.81%

S: desvío Estándar

N: Muestra

El total de Número de procedimientos de RCP en promedio de los bebés de madres adolescente fue de 0.33 más en comparación con el de las madres Adultas.

Gráfico N° 39

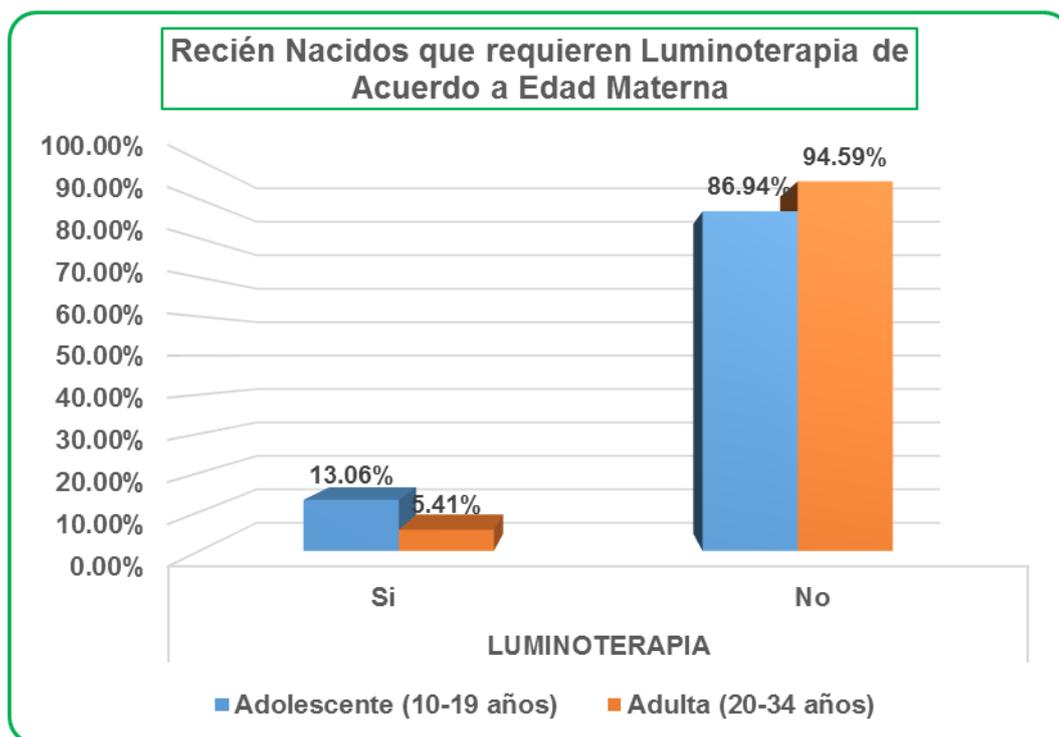


Al comparar ambas medias de el Número de Procedimientos de RCP de los recién nacidos de las madres Adolescentes con las madres adultas con el test de Wilcoxon Rank-Sum Test se obtuvo un valor de $z = -0.101$ con una $p = 0.9199$, que nos permite afirmar que no existe una diferencia estadísticamente significativa entre la media de ambos grupos.

Tabla N° 40: Luminoterapia en el Recién Nacido según Edad Materna.

Luminoterapia	Edad de La Madre			
	Adolescente N=222		Adulta N=111	
Si	29	13.06%	6	5.41%
No	193	86.94%	105	94.59%

Grafico N° 40

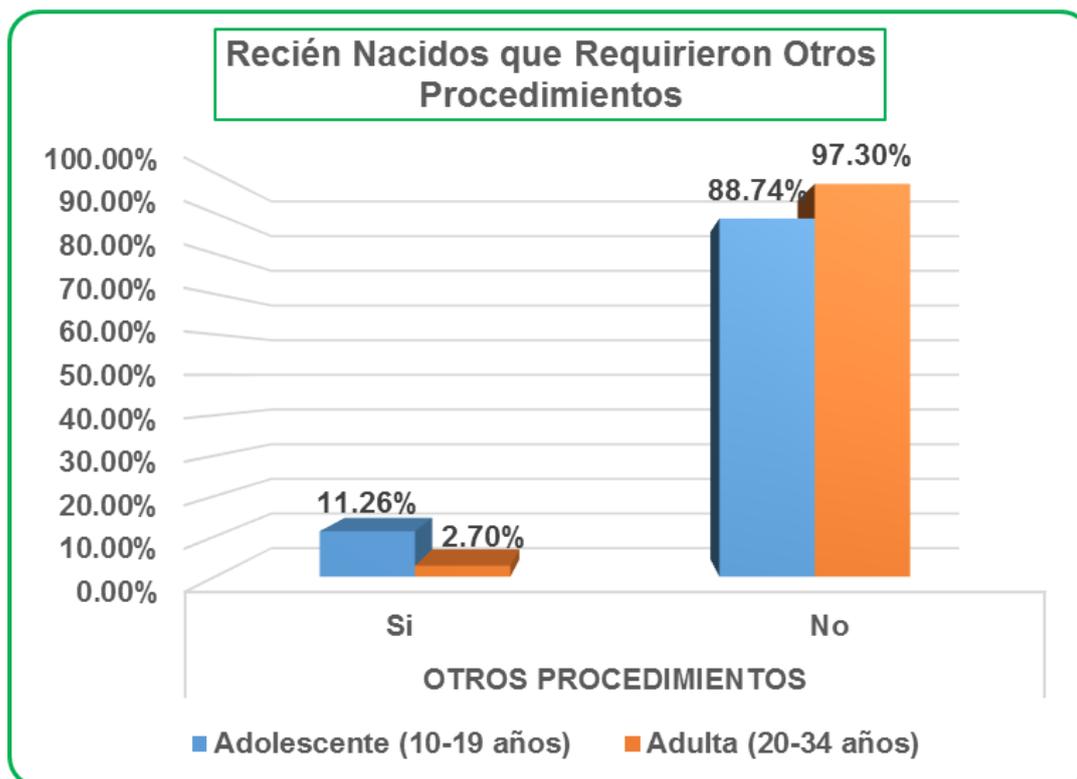


Al comparar las proporciones el test de Fisher resultó con una $p= 0.032$ la cual no es estadísticamente significativa. Podemos afirmar que el hecho de que el bebé requiera Luminoterapia va a depender si la madre es Adolescente o Adulta.

Tabla N° 41: Otros Procedimientos Practicados en el Recién Nacido según Edad Materna.

Otros Procedimientos	Edad de La Madre			
	Adolescente N=222		Adulta N=111	
Si	25	11.26%	3	2.70%
No	197	88.74%	108	97.30%

Gráfico N° 41



Al comparar las proporciones el chi2 resultó con una $p=0.008$ la cual es estadísticamente significativa. . Podemos afirmar que el hecho de que el bebé requiera otros procedimientos va a depender si la madre es Adolescente o Adulta.

7.7. Resultados de acuerdo a la proporción de complicaciones del Recién Nacido, teniendo en cuenta las características Maternas.

TABLA N° 42

VARIABLES		RECIÉN NACIDO CON COMPLICACIONES			
		SI = 140		NO = 193	
Adolescente	SI	105	75.00%	117	60.62%
	NO	35	25.00%	76	39.38%
Estado Civil	Soltera	43	30.71%	44	22.80%
	Unión Estable o Casada	97	69.29%	149	77.20%
Nivel de Instrucción	Primaria o menos	50	35.71%	65	33.68%
	Mayor a primaria	90	64.29%	128	66.32%
Gestas Previas	0	87	37.86	92	47.67
	≥1	53	62.14	101	52.33
Antecedente de Aborto	SI	19	13.57%	40	20.73%
	NO	121	86.43%	153	79.27%
Antecedentes Maternos	SI	80	57.14%	108	55.96%
	NO	60	42.86%	85	44.04%
Embarazo Planeado	SI	44	31.43%	67	34.72%
	NO	96	68.57%	126	65.28%
Fuma	Activa	10	7.14%	18	9.33%
	Pasiva	33	23.57%	55	28.50%
	NO	97	69.29%	120	62.18%
Droga	SI	2	1.43%	2	1.04%
	NO	138	98.57%	191	98.96%
Alcohol	SI	1	0.71%	2	1.04%
	NO	139	99.29%	191	98.96%
Violencia	SI	2	1.43%	2	1.04%
	NO	138	98.57%	191	98.96%
Controles	Suficientes	91	65.00%	130	67.36%
	Insuficientes	49	35.00%	63	32.64%
Ruptura Prematura de Membranas	SI	29	20.71%	37	19.17%
	NO	111	79.29%	156	80.83%
ITU	SI	10	7.14%	13	6.74%
	NO	130	92.86%	180	93.26%
Anemia	SI	17	12.14%	29	15.03%
	NO	123	87.86%	164	84.97%
Otras Enfermedades	SI	10	7.14%	8	4.15%
	NO	130	92.86%	185	95.85%

7.7.1. Construcción del Modelo logístico Bivariado.

TABLA N° 43

FACTORES DE RIESGO MATERNO	OR	IC 95%	P
Madre Adolescente	1.95	1.21 - 3.15	0.006
Estado Civil	1.5	0.92 - 2.45	0.106
Nivel de Instrucción	1.09	0.69 - 1.73	0.7
Gestas Previas	1.03	0.47 - 2.23	0.94
Antecedente de Aborto	0.6	0.33 - 1.09	0.094
Antecedentes Maternos	1.05	0.68 - 1.63	0.83
Embarazo Planeado	0.86	0.54 - 1.37	0.53
Fuma (No Fuma - Fum. Activa)	0.69	0.30 - 1.56	0.369
Fuma (No Fuma - Fum. pasiva)	0.74	0.44 - 1.23	0.25
Droga	1.38	0.19 - 9.95	0.747
Alcohol	0.687	0.06 - 7.65	0.76
Violencia	1.38	0.19 - 9.95	0.747
Controles	1.11	0.70 - 1.76	0.653
Ruptura Prematura de Membranas	1.1	0.64 - 1.90	0.727
ITU	1.06	0.45 - 2.50	0.885
Anemia	0.78	0.41 - 1.49	0.452
Otras Enfermedades	1.78	0.68 - 4.62	0.238

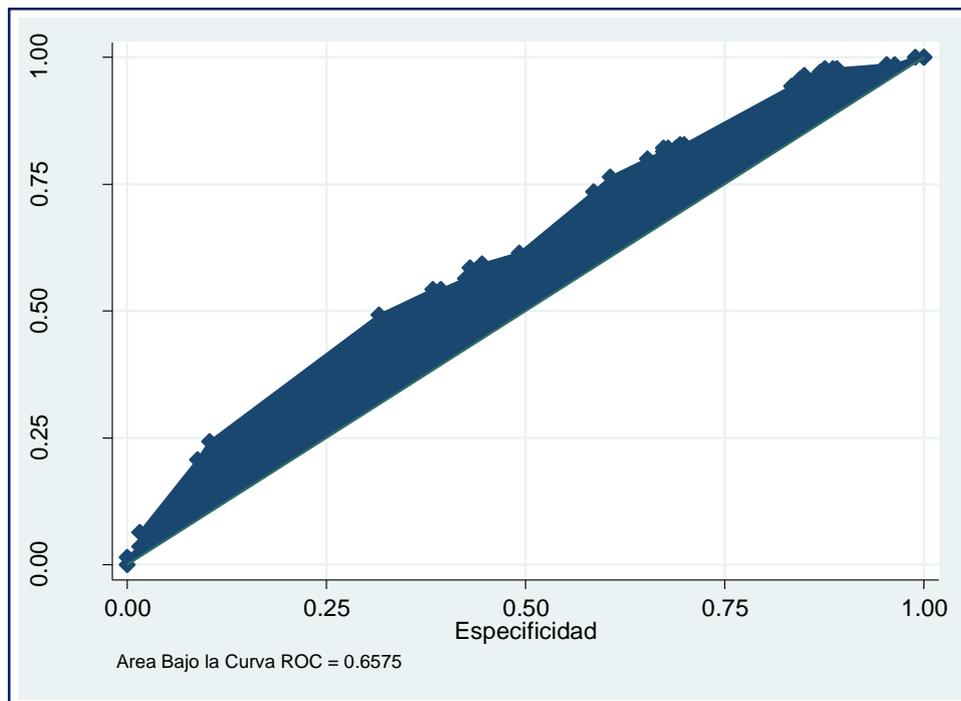
7.7.2. Construcción del Modelo Logístico Multivariado.

TABLA N° 44

FACTORES DE RIESGO MATERNO	OR	IC 95%	P
Madre Adolescente	2.31	1.30 - 4.08	0.004
Antecedente de Aborto	0.58	0.30 - 1.11	0.102
Estado Civil	1.34	0.79 - 2.27	0.273
Gestas Previas	0.56	0.23 - 1.38	0.209
Fuma (No Fuma - Fum. Activa)	0.62	0.26 - 1.44	0.263
Fuma (No Fuma - Fum. pasiva)	0.63	0.37 - 1.08	0.092
Otras Enfermedades	1.91	0.15 - 1.01	0.208

El modelo mostró una adecuada calibración, el test de Hosmer Lemeshow no fue significativo ($p=0,2800$) y mostró también un buen ajuste global; en los decilos de riesgo no se observaron diferencias.

GRÁFICO N° 42



En el análisis de discriminación, de acuerdo al área bajo la curva en el 64.75% (IC 95% 59.49% - 71.45%) de los casos el modelo asignó una probabilidad mayor a los recién nacidos que tuvieron complicaciones frente a los que no tuvieron, por lo cual el modelo tiene una capacidad de discriminación aceptable.

Por otro lado el modelo es aceptablemente estable y robusto, porque no se encontraron influyentes.

7.8. Resultados de acuerdo a la proporción de Internación del Recién Nacido, teniendo en cuenta las características Maternas.

TABLA N° 45

VARIABLES		INTERNACIÓN EN UCIN			
		SI = 82		NO = 253	
Adolescente	SI	66	80.49%	156	61.66%
	NO	16	19.51%	95	37.55%
Estado Civil	Soltera	28	34.15%	59	23.32%
	Unión Estable o Casada	54	65.85%	192	75.89%
Nivel de Instrucción	Primaria o menos	32	39.02%	83	32.81%
	Mayor a primaria	50	60.98%	168	66.40%
Gestas Previas	0	54	67.50	125	50.59
	≥1	26	32.50	128	49.41
Antecedente de Aborto	SI	6	7.32%	53	20.95%
	NO	76	92.68%	198	78.26%
Antecedentes Maternos	SI	44	53.66%	144	56.92%
	NO	38	46.34%	107	42.29%
Embarazo Planeado	SI	25	30.49%	86	33.99%
	NO	57	69.51%	165	65.22%
Fuma	Activa	4	4.88%	24	9.49%
	Pasiva	22	26.83%	66	26.09%
	NO	56	68.29%	161	63.64%
Droga	SI	1	1.22%	3	1.19%
	NO	81	98.78%	248	98.02%
Alcohol	SI	0	0.00%	3	1.19%
	NO	82	100.00%	248	98.02%
Violencia	SI	2	2.44%	2	0.79%
	NO	80	97.56%	249	98.42%
Controles	Suficientes	49	59.76%	172	67.98%
	Insuficientes	33	40.24%	79	31.23%
Ruptura Prematura de Membranas	SI	14	17.07%	52	20.55%
	NO	68	82.93%	199	78.66%
ITU	SI	6	7.32%	17	6.72%
	NO	76	92.68%	234	92.49%
Anemia	SI	9	10.98%	37	14.62%
	NO	73	89.02%	214	84.58%
Otras Enfermedades	SI	11	13.41%	7	2.77%
	NO	71	86.59%	244	96.44%

7.8.1. Construcción del Modelo Logístico Bivariado.

TABLA N° 46

FACTORES DE RIESGO MATERNO	OR	IC 95%	P
Madre Adolescente	2.51	1.37 - 4.59	0.003
Estado Civil	1.69	0.98 - 2.90	0.058
Nivel de Instrucción	1.3	0.77 - 2.17	0.325
Gestas Previas	2.15	0.73 - 6.39	0.165
Antecedente de Aborto	0.29	0.12 - 0.71	0.007
Antecedentes Maternos	0.86	0.52 - 1.42	0.556
Embarazo Planeado	0.84	0.49 - 1.44	0.529
Fuma (No Fuma - Fum. Activa)	0.47	0.15 - 1.44	0.19
Fuma (No Fuma - Fum. pasiva)	0.96	0.54 - 1.70	0.884
Droga	1.02	0.10 - 9.95	0.986
Alcohol	0.687	0.06 - 7.65	0.76
Violencia	3.11	0.43 - 22.45	0.26
Controles	1.47	0.88 - 2.46	0.146
Ruptura Prematura de Membranas	0.79	0.41 - 1.51	0.473
ITU	1.08	0.41 - 2.86	0.866
Anemia	0.71	0.33 - 1.55	0.393
Otras Enfermedades	5.4	2.02 - 14.44	0.001

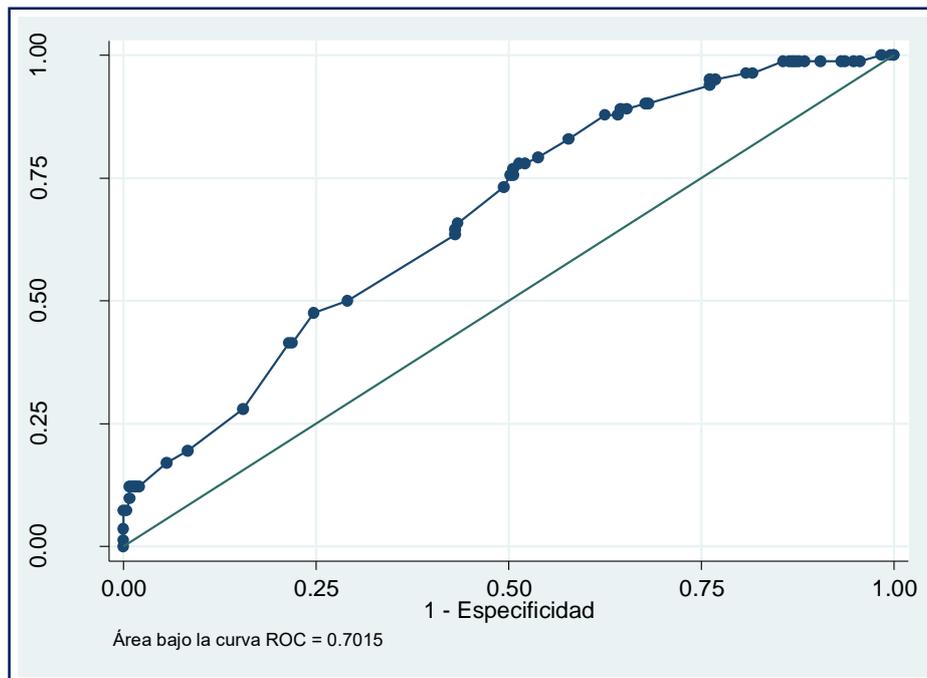
7.8.2. Construcción del Modelo Logístico Multivariado.

TABLA N° 43

FACTORES DE RIESGO MATERNO	OR	IC 95%	P
Madre Adolescente	2.35	1.24 - 4.42	0.008
Otras Enfermedades	5.89	2.02 - 17.15	0.001
Antecedente de Aborto	0.36	0.14 - 0.90	0.029
Controles Prenatales Insuficientes	1.37	0.79 - 2.36	0.261
Nivel Educativo	1.31	0.76 - 2.27	0.326
Fuma (No Fuma - Fum. Activa)	0.47	0.15 - 1.44	0.186
Fuma (No Fuma - Fum. pasiva)	0.81	0.44 - 1.48	0.490

El modelo mostró una adecuada calibración, el test de Hosmer Lemeshow no fue significativo ($p=0,4851$) y mostró también un buen ajuste global; en los sextilos de riesgo no se observaron diferencia.

GRÁFICO N° 43



En el análisis de discriminación, de acuerdo al área bajo la curva en el 70.15% (IC 95% 63.95% - 76.70%) de los casos el modelo asignó una probabilidad mayor a los recién nacidos que tuvieron que internarse frente a los que no, por lo cual el modelo tiene una capacidad de discriminación aceptable.

Por otro lado el modelo es aceptablemente estable y robusto, porque no se encontraron influyentes.

8. DISCUSIÓN

Este estudio permite confirmar que existe un mayor riesgo de resultados adversos en los recién nacidos de madres adolescentes comparados con el grupo de madres Adultas.

En este caso el hallar factores de riesgo para los eventos adversos del recién nacido tiene cierta validez, pues los individuos incluidos en el estudio reflejan lo que ocurre en la población general de gestantes, debido a que los mecanismos de atención se centran en una determinada población, que en general tiende a ser homogénea (Municipio de Tigre – Buenos Aires).

En cuanto a las características maternas, que están relacionados con los recién nacidos al mismo tiempo y que no se hallaron diferencias significativas fueron el inicio del Parto y la presentación del recién nacido durante el parto. No se encontraron trabajos que evalúen este outcome, posiblemente a que no existe evidencia que permita comprobar que están relacionados con eventos adversos en el recién nacidos.

En cuanto al Nivel Educativo a pesar de tener una proporción mayor de adolescentes con primaria o menos no se encontró diferencias significativas en ambos grupos, lo que se contrapone con un estudio realizado por Kara Uzun en la cual encontraron que si hubo diferencias significativas en ambos grupo de madres en la cual reporta que hay más madres adolescentes con estudios de primaria o sin estudios.²⁷

El padecimiento de anemia tampoco mostró una relación significativa lo que se contrapone con un estudio realizado por Javier Okumura.²⁸

El padecimiento de infección urinaria no mostró una diferencia estadísticamente significativa a pesar de tener una proporción de casi el

doble para ITU en madres adolescentes vs adultas. De la misma manera para ruptura prematura de membranas en la cual sólo se evidencio una ligera proporción mayor comparado con el grupo de madres adultas, tal y como reporta en otros dos estudios más.^{15, 29}

El número de Controles prenatales clasificado como suficiente e insuficiente tampoco mostró una diferencia estadísticamente significativa entre ambos grupos maternos. Pero hallazgos reportados en varios estudios muestran que existe una menor proporción de adolescentes que cumplen con el estándar de controles suficientes tal y como lo reportan varias investigaciones, en la cual expones ciertas razones como el temor de descubrir que están embarazadas y postergan la comunicación a sus padres, sin saber dónde recurrir.^{30, 31, 32}

Dentro de los factores de riesgo relacionado con los hábitos sociales sólo encontramos una baja proporción que fuma, consume drogas o alcohol. Únicamente observamos resultados cercanos en la proporción de fumadoras (14.86%) y con los demás hábitos difiere con lo reportado por Tapia y Col. Donde menciona un 20%.³³ Ramos y Col. Encontró un 24.5% de las embarazadas incurrieron en el consumo de unas de estas sustancias. Lo que predispone a alteraciones del sistema nervioso central en ausencia de malformaciones evidentes y manifestadas con alteraciones neuroconductuales durante el desarrollo infantil.³⁴

La vía de Finalización del parto no mostró diferencias significativas en ambos grupos maternos. Lo que concuerda con algunas investigaciones donde se reportó resultados iguales.^{35, 36} Pero se contrapone al hallazgo de Doig Turkowsky en la cual reportó que las madres adolescentes tienen un

menor riesgo (OR=0.59) de presentar Cesáreas comparado con las madres adultas.²² Y también a los hallazgos de Peláez donde reporta mayor proporción de cesáreas en Adolescentes que lo atribuye a un desarrollo incompleto del canal de parto por la estrechez ósea y poco desarrollo de las partes blandas.³⁷

El padecimiento de Otras Enfermedades que difieren de las ya mencionadas tampoco evidenció una diferencia estadísticamente significativa, lo que concuerda con otros estudios.^{29, 38}

El Estado civil mostró una diferencia estadísticamente significativa en ambos grupo, se encontró una mayor proporción de adolescentes solteras respecto a las adultas, resultado que concuerda con otros trabajos.^{39, 40}

En el caso de los antecedentes maternos se evidenció una diferencia estadísticamente significativa, con una proporción en el grupo de madres adultas comparado con las adolescentes lo que podría explicarse por la mayor edad de las madres. No se encontraron trabajos que hayan medido esta variable en ambos grupos.

La proporción de madres adultas que planearon su embarazo fue mayor comparado en el grupo de madres adolescentes, lo que tiene similitud con un estudio realizado por Vigil De Gracia, donde encontraron significancia estadística al mostrar este resultado, que lo explica porque las madres adultas por lo general tienen cierta estabilidad económica, emocional y parejas estables por lo que planean su embarazo.⁴¹

La cantidad de gestas previas fue significativa, se obtuvo una mayor proporción de madres adultas con más embarazos que las adolescentes lo

que concuerda con varios estudios en la cual la adolescente por lo general es primigesta y las adultas son multigestas.^{42, 43}

En cuanto al antecedente de aborto en este trabajo encontramos diferencias significativas en ambos grupos maternos con una mayor proporción en las madres adultas, lo contrario con un estudio realizado por Paulino Vigil.⁴¹

Se encontró diferencias significativas entre los recién nacidos que pasan a alojamiento conjunto con una mayor frecuencia en madres Adultas de 93.69% comparados con los 83.78% de las adolescentes. No se encontraron estudios que reporten este resultado.

La proporción de ingresos a UCIN en los recién nacidos es por lo tanto mayor en el grupo de las madres adolescentes con un 28.83% comparado a un 14.41% en las adultas siendo esta diferencia estadísticamente significativa. Los días de Internación también fueron significativos con un promedio de 6.58 días para los neonatos de madres adolescentes y 3.13 días para los neonatos de madres adultas. Evaluando de la misma manera los días totales de estancia hospitalaria, se observa una significancia con un promedio de 3.99 días para los neonatos de madres adolescentes y 2.72 días para los neonatos de madres adultas. Tal y como lo cita en una publicación del Doctor Juan R. Issler sobre Embarazo en la adolescencia: Los hijos de adolescentes registran una mayor frecuencia de ingresos a Neonatología.⁴⁴ También Islas Domínguez nos muestra en una investigación que la proporción de ingresos UCIN bastante mayor en los recién de madres adolescentes 84.6% comparado con las madres adultas con una proporción de 15.4% de una total de 330 ingresos.⁴⁵

También se encontraron diferencias significativas en la proporción del padecimiento de otras morbilidades en conjunto al nacimiento (Taquicardias, Asfixia, Sepsis neonatal, hipoglicemia, etc.), que fue un resultado contrario que se presentó en una investigación realizada por Licona Rendán que reporta la proporción global de Morbilidad Neonatal no existe diferencias significativas (6,8% - 5,9%) respectivamente.²⁹ La cual puede deberse a que las poblaciones estudiadas comparten áreas geográficas distintas.

La proporción de prematuros resultó ser significativas entre ambos grupos (9.91% vs 2.70%) con una p significativa ($p=0.018$), lo cual era esperable según una revisión de la literatura realizada por la OMS en la cual dice que existe una evidencia basada en poblaciones y hospitales, ambos estudios en países en vías de desarrollo que las madres adolescentes tienen un alto riesgo de inicio parto pretérmino comparado con madres de mayor edad. Los grupos de edad más jóvenes corren el riesgo más alto.⁴⁶ Por otro lado un estudio de Casos y controles muestra que existe un riesgo de 2.31 veces más en una madre adolescente de tener un Recién nacido prematuro con proporciones de 13.2% y 6.2%.⁴⁷

La proporción de recién nacidos menores a 2500 gramos fueron similares en ambos grupos (8,8% vs. 8,4%) en un estudio de M. García Minuzzia et al.⁴² Mientras que en este trabajo se pudo encontrar diferencias significativas entre la proporción de prematuros de las, madres adolescentes vs. las adultas (8.56% vs 2.70%) con una p significativa ($p=0.043$). Por otro lado una revisión realizada por la OMS cita que los recién nacidos de las madres adolescentes tienen mayor probabilidad de nacer con bajo peso al nacer (definido bajo peso como <2500gr), y por lo tanto tienen mayor probabilidad de sufrir algunas

secuelas a causa de esta condición. Numerosos estudios realizados en hospitales de países en desarrollo muestran una alta incidencia de nacimientos con bajo peso al nacer en los bebés de madres adolescentes comparadas con los bebés de madres adultas.⁴⁶ Y otro estudio también refuerza este hallazgo en el cual el peso del recién nacido fue uno de los indicadores de mayor relevancia. El 10,3 % del grupo de riesgo tuvo recién nacidos con peso inferior a 2 500 g, ante el 0,9 % de las féminas en edades óptimas para la gestación, con resultado muy significativo $p < 0,001$.⁴⁸

El padecimiento de otras morbilidades (síndrome febril, hipoglicemia, neumonía, meningitis, etc.) también obtuvieron diferencias significativas con 26.58% en las madres adolescentes vs 12.61% de las adultas; resultado que se contrapone con un estudio realizado por Beltrán Uguña en la cual no evidenció diferencias significativas en el padecimiento de otras morbilidades en el recién nacido.⁴⁹

La proporción de ingresos a Luminoterapia fueron mayores en los recién nacidos de madres adolescentes con un valor de p significativo de 0.032; a pesar de tener proporciones muy parecidas de recién nacidos con hiperbilirubinemia, claramente nos muestra que existe mayor probabilidad de ingreso a luminoterapia a causa de esta morbilidad en este grupo materno. No se encontraron estudios que nos muestren la proporción de neonatos que ingresen a Luminoterapia según edad materna; pero una revisión realizada por Sifuentes nos muestra que la hiperbilirrubinemia es causa frecuente de hospitalización neonatal: 2% a 3% de los recién nacidos, es decir, 1 de cada 30 a 50 recién nacidos. En una maternidad común y corriente, de riesgo

estándar, 10% a 12% de los recién nacidos se hospitalizan (1 de cada 10), la mayoría de ellos por hiperbilirrubinemia.⁵⁰

La proporción de recién nacidos varones vs mujeres no fue significativo lo que concuerda con muchos estudios realizados.^{51, 52, 53}

La hiperbilirrubinemia no mostró diferencias significativas en los recién nacidos de ambos grupos maternos lo que concuerda con un estudio realizado por Beltrán donde no se observó significancia de en la proporciones de recién nacidos con hiperbilirrubinemia de acuerdo a la edad materna.⁴⁹

No se evidenciaron diferencias significativas del padecimiento de Distrés Respiratorio y Apneas en los neonatos de entre ambos grupos maternos lo que concuerda con resultados obtenidos en una investigación realizada por Mendoza T. en la cual no se obtuvo diferencias significativas.²¹ De la misma manera otro trabajo de investigación revela los mismos resultados.⁵³

La asfixia no mostró significancia estadística entre ambos grupo de edad materna, pero en un estudio realizado por Auchter muestra que la proporción de asfixia ascendió a 35% en las adolescentes y 19% en las adultas siendo esta diferencia estadísticamente significativa.¹⁸

El Apgar al primer y quinto minuto tampoco mostraron diferencias significativas; que es reforzado por estudios realizados por García Minuzzia realizado en la maternidad de Sardá (Buenos aires) y Sánchez Campos realizado en un Hospital Materno Infantil San Bartolomé (Lima- Perú).^{42, 54} Por otro lado resultados contrarios nos muestra un estudio de Soledad Lezcano donde se observó una mayor proporción de recién nacidos deprimidos en el grupo de madres adolescentes.¹⁷

No se encontraron diferencias significativas en la muerte de los neonatos de acuerdo a la edad maternal; sin embargo un estudio realizado por Licona Rendán encontró que la tasas de mortalidad era mayor en ambos grupos, lo que significa que los neonatos de madres adolescentes tienen 1,66 veces mayor riesgo de presentar mortalidad que los de las madres adultas, aunque éste no tuvo significación estadística.²⁹ Por otro lado o una revisión de la OMS muestra que en algunos estudios la mortalidad perinatal fue más alta entre los neonatos de madres adolescentes comparadoras con las mayores. La mortalidad neonatal encontrada en un estudio epidemiológico realizado en Holanda sobre una base de datos del ministerio de salud, encontró un incremento significativo del riesgo de muerte en mujeres menores de 19 comparado con mujeres de 20 a 29 años.⁴⁶ La proporción de recién nacidos con malformación congénita no fue significativa; pero se observó una proporción mayor en el grupo de las madres adultas. Datos que concuerdan con un trabajo Realizado por Sánchez Campos.⁵⁴ Por otro lado Juan R. Issler reporta mayor incidencia de malformaciones congénitas entre hijos de madre adolescente respecto de las de mayor edad, siendo defectos del cierre del tubo neural las malformaciones más frecuentes.⁴⁴

La proporción de recién nacidos que requirieron resucitación cardiopulmonar tuvo una proporción mayor en los bebes de madres adolescentes pero sin diferencias significativas comparado con los neonatos de madres adultas, de la misma manera no se hallaron diferencias en la cantidad de procedimientos del RC pan cada grupo. No se encontró en la bibliografía trabajos que reporten este tipo de resultado.

Finalmente pudimos constatar que la probabilidad de desarrollar complicaciones en el neonato de madre adolescente es 2.31 veces más comparados con el grupo de madres adultas independientemente de otros factores de riesgo. Lo que coincide con un estudio realizado por Muñoz et al en la cual muestra a través de un modelo logístico que en las dos primeras horas de vida la probabilidad que el neonato desarrolle complicaciones va a ser 1.78 (IC: 1.03-3.05) veces más comparado con un neonato de madre Adulta. ⁵⁵ Otro trabajo demostró de igual manera el riesgo aumentado de complicaciones médicas en los neonatos de madres adolescentes. ²⁹

La probabilidad de internación también fue mayor en los recién nacidos de madres adolescentes, 2.35 veces más en comparación con el grupo de madres adultas. De la misma manera un estudio realizado por Suarez García observó que el ingreso de recién nacidos a UCIN fue mayor en el grupo de madres adolescentes más de doble (8.2% vs 3.9%) comparado con el grupo madres adultas. ⁵¹ También se refuerza con un con hallazgos presentados por Luis Mendoza en la cual concluye que los neonatos de madres adolescentes tienen un mayor riesgo de internación en UCIN, pero desde un punto de vista biológico y social.²¹

9. CONCLUSIONES

- Encontramos una diferencia estadísticamente significativa ($p=0.000$) cuando evaluamos el estado civil de las madres. Existen más solteras en el grupo de madres adolescentes 22.82% vs 3.30% en el grupo de madres adultas.
- La proporción de madres primerizas fue mayor en el grupo de adolescentes (71.62%) con una diferencia estadística significativa ($p=0.000$) respecto a las madres adultas (18.02%).
- Los antecedentes de aborto se presentaron en mayor proporción en el grupo de madres adultas (27.93%) con una diferencia estadísticamente significativa ($p=0.001$) respecto al grupo de las madres adolescentes (12.61%).
- En el caso de Antecedentes Maternos se encontró que las madres adultas presentan una mayor proporción (66.67%) con una diferencia estadísticamente significativa ($p=0.008$) respecto a las adolescentes (51.35%).
- Las madres adultas planearon su embarazo en mayor proporción 50.45% vs los 24.77% en el grupo de las madres adolescentes, con una diferencia estadísticamente significativa ($p=0.000$).
- La cantidad de recién nacidos prematuros tuvo una mayor proporción en el grupo de madres adolescentes (9.91%) con una diferencia estadísticamente significativa ($p=0.018$) respecto al grupo de madres adultas (2.70%).
- Los neonatos con bajo en mayor proporción se presentaron en el grupo de madres adolescentes (8.56%) con una diferencia estadísticamente significativa ($p=0.043$) respecto al grupo de madres adultas (2.70%).
- Solo un 83% de los recién nacidos pasan a alojamiento en el grupo de madres adolescentes y en grupo de madres adultas el 93.69%, esta diferencia resultó ser estadísticamente significativa ($p=0.011$).

- Un 28.83% de neonatos de madres adolescentes pasaron a Internación en UCIN al nacimiento o en los primeros día, comparado con un 14.41% de neonatos de madres adultas. Esta diferencia fue estadísticamente significativa ($p=0.004$).
- La media de los días de internación en los recién nacidos de madres adolescentes fue de 6.58 días y 3.13 días para el grupo de madres adultas. Esta diferencia resultó ser estadísticamente significativa ($p=0.0328$).
- Los días totales de estancia hospitalaria contando los días de alojamiento conjunto y días de internación en UCIN. Para el grupo de recién nacidos de madres adolescentes fue de 3.99 días y para el grupo de madres adultas fue de 2.72 días. Esta diferencia resultó ser estadísticamente significativa ($p=0.0012$).
- El padecimiento de otras enfermedades al nacimiento para el grupo de neonatos de madres adolescentes fue de 26.58% comparado con un 12.26% para el grupo de madres adultas. Esta diferencia resultó ser estadísticamente significativa ($p=0.004$).
- Los recién nacidos de madres adolescentes requirieron Luminoterapia en mayor proporción (13.06%) en comparación a los neonatos de madres adultas (5.41%). Esta diferencia fue estadísticamente significativa ($p=0.032$). Lo que indica que los recién nacidos de madres adolescentes tienen un mayor riesgo de ingresar a Luminoterapia pese a que no se evidenció diferencias significativas del padecimiento de Hiperbilirrubinemia en ambos grupos de recién nacidos.

- La proporción de recién nacidos que requirieron la práctica de otros procedimientos fueron mayores en grupo de madres adolescentes (11,26%) comparado con el grupo de madres adultas (2.70%). Esta diferencia resultó ser estadísticamente significativa ($p=0.008$).
- A través del primer modelo logístico desarrollado se pudo comprobar que, Independiente de los demás factores de riesgo estudiados (Antecedente de aborto, estado civil, gestas previas, fuma (No Fuma - Fum. Activa)/ fuma (No Fuma - Fum. pasiva), padecimiento de otras enfermedades) el hecho de ser madre adolescente incrementa la probabilidad de desarrollar complicaciones 2.31 veces más en el recién nacido comparado con el grupo de madres adultas.
- A través del segundo modelo logístico desarrollado se pudo comprobar que, Independiente de los demás factores de riesgo estudiados (Antecedente de aborto, estado civil, gestas previas, fuma (Otras enfermedades, antecedente de aborto, controles prenatales insuficientes, nivel educativo, fuma (No Fuma - Fum. Activa)/ fuma (No Fuma - Fum. pasiva)) el hecho de ser madre adolescente incrementa la probabilidad de que el recién nacido ingrese a UCIN 2.35 veces más en el recién nacido comparado con el grupo de madres adultas.

REFERENCIAS

1. Ulanowicz K, Parra G, Wendler E, Monzón. Riesgos en el embarazo adolescente. Revista de Postgrado de la VI Cátedra de Medicina 2006; 153: 13-7.
2. Jopia R, Muñoz L. Desnutrición en hijos de madres adolescentes. Revista Chilena de Pediatría 1987; 58(6): 446-9.
3. Emans S. Teenage pregnancy. Pediatric and adolescent gynecology. Philadelphia. Lippincott-Raven. 1998; 4: 675-713.
4. Cunnington A. What's so bad about teenage pregnancy? Margaret Jackson prize essay 2000. The Journal of Family Planning and Reproductive Health Care 2001; 27(1): 36-41.
5. Gómez P, Molina R, Zamberlin N, Távora L. Resumen de la publicación Factores relacionados con el embarazo y la mortalidad en menores de 15 años en América Latina y El Caribe. Lima: FLASOG 2011, pp 86.
6. Weber E. Salud Reproductiva y Sexual de las Adolescentes del EBAIS de medio queso, Los chiles. Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica LXVIII 2011 (599): 479-484.
7. Situación del embarazo adolescente en Argentina, en el día mundial de la población. [Fecha de acceso 1 de junio del 2015]. URL disponible en: <http://www.unicef.org.ar>.
8. Elfenbein D, Felice M. Adolescent pregnancy. Journal Pediatric Clinic North America. 2003, 50: 781–800.
9. Contreras Britto J. Prevalencia de Embarazo en Adolescentes en la E.S.E Alejandro Prospero Reverend de Santa Marta en los años 2008- 2009. [Tesis par optar el grado de Magister]. Bogotá. Programa de Maestría en

- Salud Pública, Universidad Nacional de Colombia Facultad de Medicina; 2011.
10. Zimmer Sergio. Embarazo Adolescente. Proyecto Salud – Portal de Noticias. Buenos Aires – Argentina. 2011 [Fecha de acceso 9 de julio del 2013]. URL disponible en: <http://www.proyecto-salud.com.ar/shop/detallenot.asp?notid=6341>.
 11. Schwarcz A, Karolinski A, Jaquenod M. Encuesta Perinatal 2008: Resultados en Hospitales Públicos de PBA y CABA, Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, 2009.
 12. Paulino L. Recién nacidos de madres adolescentes. Revista Mexicana de pediatría; Agosto 2010; 77 (4): 52-155; disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/pediat/sp2010/sp104d.pdf>
 13. Chang C, O'Brien O, Nathanson M, et al: Characteristics and risk factors for adverse birth outcomes in pregnant black adolescents. Journal Pediatric 2003; 143: 250-257.
 14. Treffers P, Olukoya A, Ferguson B, Liljestrand J. Care for adolescent pregnancy and childbirth. International Journal Gynecology and Obstetrics 2001; 75: 111-21.
 15. Conde-Agudelo A, Belizán J, Lammers C. Maternal-perinatal morbidity and mortality associated with adolescent pregnancy in Latin America: Cross-sectional study. American Journal Obstetrics and Gynecologist. 2005, 192:342–349.
 16. Malamitsi-Puchner A, Boutsikou T. Adolescent pregnancy and perinatal outcome. Journal Pediatrics Endocrinologic 2006; 3: 170–171.

17. Lezcano S, Vallejos M, Sordero H. Características del recién nacido en madres adolescentes. Revista de Postgrado [Internet]. 2005 [citado 26 Junio del 2015]; 149: Disponible en: http://www.med.unne.edu.ar/revista/revista149/2_149.htm.
18. Auchter M, Humberto G. Maternidad adolescente: Estudio comparativo con madres de más edad .Universidad Nacional del Nordeste. Facultad de Medicina. Carrera de Enfermería. Cátedra Enfermería Materno infantil 2004.
19. Forrest J. Timing of reproductive life stages. Obstetrics and Gynecology 1994; 82(105).
20. Santelli J, Melnikas A. Teen Fertility in Transition: Recent and Historic Trends in the United States. Annual Review of Public Health 2010; 31: 371-383.
21. Mendoza L, Arias M, Mendoza L. Hijo de madre adolescente: riesgos, morbilidad y mortalidad neonatal. Revista Chilena de Ginecología y Obstetricia 2012; 77(5): 375 - 382
22. Doig Turkowsky Jeannette. Indicadores perinatales en hijos de madres adolescentes del Instituto Especializado Materno Perinatal durante el año 2003. Revista Peruana de Pediatría 2006; 59 (1).
23. Dirección de Estadísticas e Información de Salud: Anuario Estadístico 2009 del Ministerio de Salud de la Nación Argentina, publicado en Noviembre del 2010.
24. Dirección de Estadísticas e Información de Salud: Natalidad, Mortalidad General, Infantil y Materna por lugar de Residencia del Ministerio de Salud de la Nación Argentina 2010, publicado en febrero del 2012.

25. Valdés S, Essien J, Bardales J, Saavedra D, Bardales E. Embarazo en la Adolescencia: Incidencia, Riesgos y Complicaciones. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología (Camagüey – Cuba)* 2002; 28 (2).
26. Videla Alejandro: Opinión de Experto. 2015
27. Aysun Kara Uzun, Filiz Simsek Orhon, Sevgi Baskan, Betul Ulukol. A comparison between Adolescent mothers and Adult mothers in terms of maternal and infant outcomes at follow-ups. *The Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine*, 2013; 26(5): 454–458
28. Okumura J, Marticorena D, Tejeda J, Mayta P. Teenage pregnancy as a Risk factor for Obstetric and Perinatal Complications at a Hospital in Lima, Peru. *Revista Brasileña de Salud Materno Infantil (Recife)* 2014; 14 (4).
29. Licon M, Huanco D. Riesgos en el recién nacido de madre adolescente en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna. *Revista Diagnóstico*. Enero - febrero 2000; 39 (1).
30. Chávez, I. Embarazo en Adolescentes en el Hospital Regional Cayetano Heredia de Piura. [Tesis para Optar el Grado de Maestro en Medicina]. Universidad Particular Cayetano Heredia. Lima. 1989.
31. González, G. La Adolescencia en el Perú. Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima. 1994.
32. Gutiérrez, I. Factores de Riesgo Asociados al Embarazo en Primíparas Adolescentes en el Hospital Arzobispo Loayza de Lima y el Hospital Nacional de Pucallpa. [Tesis para Optar el Título de Médico Cirujano]. Universidad Particular Cayetano Heredia. Lima. 1993.
33. Tapia A, Valenzuela L, Rodríguez I. Madre adolescente como factor de riesgo de morbilidad y mortalidad neonatal en unidades de cuidados

- intensivos neonatales. *Revista Medicina Universitaria*. 2006; 8(30): 5-10.
(Consultado 24 de Junio del 2015) Disponible en:
<http://www.imbiomed.com/1/1/articulo>
34. Ramos R, Barriga J, Pérez J. Embarazo en adolescentes como factor de riesgo para maltrato fetal. *Revista de Ginecología y Obstetricia de México* 2009; 77(7): 311-316. (Consultado 24 de Junio del 2015) Disponible en:
<http://www.nietoeditores.com.mx/download/gineco/2009/julio/Femego%2007.3%20EMBARAZO.pdf>
35. Cunnington A. What's so bad about teenage pregnancy? Margaret Jackson prize essay 2000. *The Journal of Family Planning and Reproductive Health Care* 2001; 27(1): 36-41.
36. González A. Malformaciones congénitas en recién nacidos hijos de madres adolescentes en el HCOIA. Trabajo original. *Revista Ecuatoriana de Pediatría* 2002: 5-13.
37. Peláez J. Adolescente embarazada: características y riesgos. *Revista Cubana de Ginecología y Obstetricia* 1997; 23(1): 13-17.
38. García H, Avendaño N, Islas M. Morbilidad neonatal y materna en mujeres adolescentes y mujeres adultas: Estudio comparativo. *Revista de Investigación Clínica* 2008; 60 (2): 94-100
39. Dawn Kingston, Maureen Heaman, Deshayne Fell, Beverley Chalmers. Comparison of Adolescent, Young Adult, and Adult Women's Maternity. Experiences and Practices. System, Public Health Agency of Canada of the Maternity Experiences Study Group of the Canadian Perinatal Surveillance. *Pediatrics* 2012; 129 (1228).

40. Fraser A, Brockert J, Word R. Association of young maternal age with Adverse Reproductive Outcomes. *New England Journal Medicine* 1995; 332 (1113): 7.
41. Vigil De Gracia P, Arias T, Lezcano G, Caballero L, Chong J, Aris de Mendieta, et al. Embarazo en adolescentes en la República de Panamá. *Revista de Obstetricia y Ginecología (Caracas)* 2007; 67 (2).
42. García M, Giorgetta M, González M, Sartoria M, Reyb P, Pomatab J, et al. Embarazo adolescente ¿Una población de Riesgo? *Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá (Sardá)* 2010; 29 (4).
43. Salazar V, Paiva A, Saputelli E, Silva J. Embarazo en Adolescentes ¿Es de Alto Riesgo Obstétrico? *Revista de Medicina Interna*: 2002; 18(2): 136-146.
44. Juan R. Issler. Embarazo en la Adolescencia. *Revista de Posgrado de la Cátedra VI a Medicina N° 107 – Agosto / 2001*; pp. 11-23.
45. Islas L, Cardiel L, Figueroa J. Newborns from adolescent mothers: A current problem. *Julio-Agosto 2010*; 77(4): 152-155.
46. Department of Child and Adolescent Health and Development. Adolescent pregnancy – Unmet needs and undone deeds A review of the literature and programmes: *Issues in Adolescent Health and Development (OMS)*.
47. Dorta E, Molina J, García F, Serra L. Adolescent pregnancy and its repercussion on the neonate: A case control study. *Elsevier* 2004; 31 (4).
48. González A, Alonso R, Gutiérrez A, Campo A. Estudio de Gestantes Adolescentes y su Repercusión en el Recién Nacido en un Área de Salud. *Hospital Ginecoobstétrico de Guanabacoa. Revista Cubana de Pediatría* 2000; 72(1): 54-9.

49. Beltrán E, Cabrera M. Malformaciones Congénitas y Complicaciones Neonatales en Recién Nacidos de Madres Adolescentes vs Recién Nacidos de Madres de otras Edades atendidas en el Hospital Vicente Corral Moscoso de la ciudad de Cuenca durante el período enero 2011-junio 2011. [Tesis previa a la Obtención del Título de Médica]. Universidad de Cuenca, Facultad de Ciencias Médicas - Escuela de Medicina; 2012.
50. Cifuentes Recondo J. Ictericia en el recién Nacido (Jaundice in the Newborn Infant). *Medwave*. Jun 2006; 6(5).
51. Suárez G, Crespo T, Vara C, Balestena S, Soto P. Indicadores en Adolescentes con Ingresos de Recién nacidos en Cuidados Especiales Neonatales. *Revista de Ciencias Médicas (Pinar del Río)*; 2013; 17 (1).
52. Espinoza Méndez A. Morbimortalidad de hijo de madre Adolescente. [Tesis para optar el grado de médico especialista en Pediatría]. Nuevo León, Universidad Autónoma de Nuevo León; 1990.
53. Flores Sánchez Libia Guadalupe. Resultados Adversos Perinatales en la Adolescente". [Tesis: para obtener el grado de Especialista en Ginecología y Obstetricia]. Universidad Veracruzana División de estudios de posgrado e Investigación. Instituto mexicano del Seguro Social.
54. Sánchez Campos Marianella. Hallazgos perinatales de los recién nacidos de Madres Adolescentes y Madres Adultas en el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé 2002-2003. [Tesis para Optar el grado de Especialista en Pediatría]. Lima - Perú. Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2004.
55. Muñoz M, Poo M, Baeza B, Bustos L. Mother-newborn relational risk - Study of prevalence and Associated variables. 2015; 86 (1).

ANEXOS



UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES
PROGRAMA DE EFECTIVIDAD CLINICA

PROGRAMA de
EFECTIVIDAD
CLÍNICA

FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

**CARACTERIZACIÓN DEL RECIÉN NACIDO DE MADRES ADOLESCENTES
Y MADRES ADULTAS EN UN HOSPITAL PÚBLICO DE LA PROVINCIA DE
BUENOS AIRES**

Código: |_|_|_|_|_|

1. Datos de la Madre:

1.1. Estado Civil:

1. Soltera
2. Casada
3. Unión Estable
4. Divorciada
5. Viuda

1.2. Nivel de Instrucción:

1. Primaria
2. Secundaria
3. Terciaria
4. Universitaria

1.3. Embarazo Planeado: Si No

1.4. Número de Gestas Previas: |_|_|_|_|

1.5. Número de Abortos: |_|_|_|_|

1.6. Número de controles prenatales: |_|_|_|_|

1.7. RPM: Si No Horas: |_|_|_|_| Minutos: |_|_|_|_|

1.8. Enfermedad Materna:

1.9. Antecedentes Familiares:

1.10. Antecedentes Sociales:

1. Fuma Si No

2. Droga Si No

3. Alcohol Si No

4. Violencia Si No

2. Datos del Recién Nacido:

2.1. Sexo del bebé: F M

2.2. Edad gestacional al nacer en Semanas: |__|__|

2.3. Peso al nacimiento en gramos: |__|__|__|__|

2.4. Apgar: 1' |__|__| 5' |__|__|

2.5. Tipo de Parto:

Inicio del Trabajo de parto:

1. Espontáneo

2. Inducido

3. Cesárea Electiva

Finalización del parto:

1. Parto vaginal no instrumental

2. Parto vaginal instrumental (fórceps / vacuum)

3. Cesárea Causa:

Presentación:

1. Cefálica

2. Pelviana

3. Transversa

2.6. Alojamiento Conjunto: Si No

Días: |__|__|__|

- 2.7.** Internación en UCIN: Si No
 Tiempo de internación en días: |__|_|_|_|_|
- 2.8. Problemas de Salud al nacimiento:**
- 2.8.1.1.** Síndrome de Distrés Respiratorio Si No
- 2.8.1.2.** Desarrollo de apneas Si No
- 2.8.1.3.** Asfixia Si No
- 2.8.1.4.** Hiperbilirrubinemia Si No
 Otro problema:
- 2.8.1.5.** Malformación congénita Si No
 Especifique tipo de malformación:.....
- 2.8.1.6.** Muerte Si No
- 2.9.** RCP: Si No
- 2.10.** Procedimientos de RCP:.....
- 2.11.** Otros Procedimientos:.....