

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ**

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**

**SEDE CORONEL OVIEDO**



**CARACTERIZACION DE RECIÉN NACIDOS, HIJOS DE  
MADRES ADOLESCENTES EN EL HOSPITAL  
REGIONAL DE ENCARNACIÓN, AÑOS 2017 - 2018**

**CELIA ARAUJO CARDOZO**

**Coronel Oviedo, Paraguay**

**Mayo, 2019**



**UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CAAGUAZÚ**  
**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**  
**SEDE CORONEL OVIEDO**

**CARACTERIZACION DE RECIÉN NACIDOS, HIJOS DE  
MADRES ADOLESCENTES EN EL HOSPITAL REGIONAL DE  
ENCARNACIÓN, AÑOS 2017 - 2018**

**Trabajo de investigación presentado para optar por el  
Título de Especialista en Neonatología**

**Autora: Dra. Celia Araujo Cardozo**

**Tutora: Prof. Dr. José María Lacarrubba**

**Asesor: Mg. Giselle Martínez**

**Coronel Oviedo, Paraguay**

**Mayo, 2019**

## CONSTANCIA DE ACEPTACIÓN

Quien suscribe, el **Profesor José María Lacarrubba Talia**, con número de cédula de identidad 482.903, Director del Curso de Post Grado **ESPECIALISTA EN NEONATOLOGIA**, deja expresa constancia de que la presente MONOGRAFIA titulada **CARACTERIZACION DE RECIÉN NACIDOS, HIJOS DE MADRES ADOLESCENTES EN EL HOSPITAL REGIONAL DE ENCARNACIÓN, AÑOS 2017 - 2018**, redactada por la cursante **CELIA ARAUJO**, con número de cédula de identidad 1.731.785 cumple con los criterios científicos, académicos y formales para su aceptación como requisito para el examen final.

## CONSTANCIA DE ASESORAMIENTO

Quien suscribe, **la Profesora Magister, Giselle Martínez Gutiérrez**, con número de cédula de identidad 7.758.022, da fe que ha acompañado el proceso de investigación y revisión de este estudio titulado **CARACTERIZACION DE RECIÉN NACIDOS, HIJOS DE MADRES ADOLESCENTES EN EL HOSPITAL REGIONAL DE ENCARNACIÓN, AÑOS 2017 - 2018**, redactada por la cursante **CELIA ARAUJO**, con número de cédula de identidad 1.731.785 encontrándolo de acuerdo con las Normativas y exigencias de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional del Caaguazú. Para que así conste, firma y sella la presente en fecha 16 de mayo del 2019.

## **DEDICATORIA**

A Dios, por protegerme durante todo momento y darme fuerza para superar obstáculos y dificultades a lo largo de la vida.

A mis Padres, por haberme enseñado que con esfuerzo, trabajo y constancia todo se consigue.

A mi Esposo, por su apoyo incondicional, depositando en mi su confianza para lograr una meta más.

A mis Hijos, quienes son los pilares fundamentales y fuente de motivación para superarme cada día.

## **AGRADECIMIENTOS**

A mis Profesores y Tutores, por dedicar su tiempo para transmitirme sus conocimientos en el desarrollo de mi formación personal.

A mis compañeras de viaje, porque sin el equipo que conformamos no hubiera logrado esta meta.

# INDICE

Constancia de Aceptación	3
Dedicatoria	4
Agradecimientos	6
Índice	7
Lista de Tablas	10
Resumen	12
Summary	13
1.- Introducción	14
Planteamiento de Problema	15
Pregunta de la Investigación	16
2.- Objetivos	17
2.1- Objetivo General	17
2.2- Objetivos Específicos	17
Justificación	18
Antecedentes	19
3.- Marco Teórico	21
3.1- Adolescencia	21
3.2- Embarazo en la adolescencia	23
3.3- Características de recién nacidos de mujeres adolescentes	27

3.4- Riesgos en el embarazo adolescente	27
3.5- Consecuencias del embarazo adolescente	28
3.6- Puntuación de Apgar	29
3.7- Tipo de parto	30
3.8- Prematuridad del Recien Nacido	31
3.8.1- Clasificación del recién nacido pretérmino	35
3.9- Complicaciones del recién nacido	36
3.9.1- Distres Respiratorio	36
3.9.2- Enterocolitis Necrotizante	36
3.9.3- Hiperbilirrubinemia	37
3.9.4- Sepsis	38
4.- Marco Metodológico	41
4.1- Tipo de estudio	41
4.2- Delimitación espacio - temporal	41
4.3- Población, Muestra y Muestreo	41
4.4- Criterios de Inclusión y Exclusión	41
4.5- Operacionalización de las Variables	42
4.6- Técnica e instrumento para Recolección de Datos	44
4.7- Análisis Estadísticos	44
4.8- Consideraciones Éticas	44

5- Resultados	45
6- Discusión y Comentarios	54
7- Conclusión	56
8- Bibliografía	57
Anexos	

## LISTA DE TABLAS

<b>CONTENIDO</b>	<b>PÁGINA</b>
1: Clasificación según edad de las adolescentes embarazadas registrada en el Hospital Regional de Encarnación periodo del 1 de julio de 2017 al 30 de junio de 2018. n=768.	45
2: Tipo de parto de las adolescentes embarazadas registrado en el Hospital Regional de Encarnación periodo del 1 de julio de 2017 al 30 de junio de 2018. n=768	46
3: Distribución porcentual de hijos de madres adolescentes registrado en el Hospital Regional de Encarnación periodo del 1 de julio de 2017 al 30 de junio de 2018. Según edad gestacional. n=768	47
4: Distribución porcentual de hijos de madres adolescentes registrado en el Hospital Regional de Encarnación periodo del 1 de julio de 2017. Según peso para la edad gestacional. n=768	48
5: Distribución de hijos de madres adolescentes registrado en el Hospital Regional de Encarnación periodo del 1 de julio de 2017 al 30 de junio de 2018. Según Apgar al minuto y a los cinco minutos.	49
6: Cuadro comparativo de características clínicas de recién nacidos de madres adolescentes menores de 15 años y mayores de 15 años. n=768	50

7: Morbimortalidad de recién nacidos de madres adolescentes asistidas en el Hospital Regional de Encarnación periodo del 1 de julio de 2017 al 30 de junio de 2018. n=79	52
6: Morbimortalidad de los recién nacidos de madres adolescentes menores de 15 años y mayores de 15 años. n= 79	53

## RESUMEN

En la actualidad, el embarazo en las adolescentes es un problema de salud pública y trae consigo un número elevado de complicaciones para la salud de la madre y de su hijo. El presente trabajo tuvo como objetivo describir las características de los recién nacidos de madres adolescentes asistido en el Hospital Regional de Encarnación del 2017 al 2018, se realizó un estudio observacional, retrospectivo, en el cual se revisó el libro de registro de nacimientos del servicio de neonatología del Hospital Regional de Encarnación fueron recolectados datos de la madre y de los recién nacidos, las muestras fueron consignadas en un formato de recolección de datos, se organizaron en una base de datos en Excel y se realizó un análisis descriptivo arrojando los siguientes resultados: 87% de las adolescentes atendidas fueron >15 años, el 60% fueron partos por cesárea, el 82% fueron recién nacidos a término y el 86% acorde para la edad gestacional, en cuanto al Apgar al minuto de nacido en un 87% tuvieron puntuación mayor a 7 (vigoroso), las adolescentes <15 años tuvieron dos veces más de recién nacidos pretérmino, cinco veces más pequeños para edad gestacional y presentaron más del doble de Apgar <7 a los 5 min, además se pudo observar un alto índice de partos por cesáreas con un 26% más que en las adolescentes >15 años, así también los productos de las madres <15 años presentaron mayor índice de patologías como distrés respiratorio, prematuridad y mayor índice de mortalidad.

**Palabras Clave:** Madre adolescente - Edad gestacional - Peso de recién nacido – Recién nacidos.

## SUMMARY

Currently, pregnancy in adolescents is a public health problem and brings with it a high number of complications for the health of the mother and her child. The objective of this study was to describe the characteristics of newborns of adolescent mothers assisted in the Regional Hospital of Encarnación from 2017 to 2018, an observational, retrospective study was conducted, in which the registry of births of the service was reviewed. neonatology of the Regional Hospital of Encarnación data were collected from the mother and the newborns, the samples were consigned in a data collection format, they were organized in a database in Excel and a descriptive analysis was carried out, yielding the following results: 87% of the adolescents attended were > 15 years, 60% were cesarean deliveries, 82% were newborns and 86% according to gestational age, in terms of Apgar at the minute of birth, 87% had score greater than 7 (vigorous), adolescents <15 years had twice more than preterm infants, five times smaller for age g seasonal and presented more than twice the Apgar <7 at 5 min, also observed a high rate of deliveries by cesarean with 26% more than in adolescents > 15 years, so also the products of mothers <15 years presented higher index of pathologies such as respiratory distress, prematurity and higher mortality index

**Keywords:** Adolescent mother - Gestational age - Weight of newborn - Newborn.

## 1.- INTRODUCCIÓN

En la actualidad, el embarazo en las adolescentes es un problema de salud pública y trae consigo un número elevado de complicaciones para la salud de la madre y de su hijo.

Las adolescentes menores de 16 años corren un riesgo de defunción materna cuatro veces más alto que las mujeres de 20 a 30 años, y la tasa de mortalidad de sus neonatos es aproximadamente un 50% superior, según el consultor en salud de los adolescentes James E Rosen, que está cargo de un estudio de investigación del departamento de Reducción de los riesgos del embarazo de la OMS (1).

El embarazo en la adolescencia puede también tener repercusiones sociales y económicas negativas para las muchachas, sus familias y sus comunidades. Muchas adolescentes que quedan embarazadas se ven obligadas a dejar la escuela. Las adolescentes con escasa o ninguna educación tienen menos aptitudes y oportunidades para encontrar un trabajo.

Esto puede también tener un costo económico para el país, puesto que se pierden los ingresos anuales que una mujer joven hubiera ganado a lo largo de su vida de no haber tenido un embarazo precoz.

Así mismo, la repercusiones negativas en la salud del recién nacido aumentaría el gasto publico ya que estas madres no podrán solventar económicamente los gastos que acarrea un estado patológico del recién nacido.

## **Planteamiento del Problema**

En las Estadísticas Sanitarias Mundiales, 2014, se indica que la tasa media de natalidad mundial entre las adolescentes de 15 a 19 años es de 49 por 1000 embarazadas. En los países de ingresos bajos y medianos, los bebés de madres menores de 20 años se enfrentan a un riesgo de 50% superior de mortalidad prenatal o de morir en las primeras semanas de vida que los recién nacidos (RN) de mujeres de 20 a 29 años. En Latinoamérica, se calcula que cada año más de tres millones de adolescentes llevarán a cabo un embarazo a término (1).

El embarazo a cualquier edad constituye un hecho biopsicosocial muy importante, pero es en la adolescencia donde se presentan una serie de situaciones que pueden atentar contra la vida y la salud del RN, como son los casos de muerte fetal y perinatal, además de prematuridad, bajo peso (BPN) y muy bajo peso al nacer (MBPN). Estos indicadores nos permiten propiciar estrategias que tiendan a reducir estos riesgos del hijo de la madre adolescente (2).

De las repercusiones en el RN, todos los reportes internacionales coinciden en que los problemas comienzan en el útero: desnutrición, restricción del crecimiento intrauterino y bajo peso al nacer, que junto a la prematuridad, serán las condiciones determinantes en la mayor morbilidad y mortalidad de éstos en relación a la población general (3).

En la actualidad, el embarazo en las adolescentes es un problema de salud pública y trae consigo un número elevado de complicaciones para la salud de la madre y de su hijo.

Siendo el Hospital Regional de Encarnación una institución de referencia para el departamento de Itapúa y alrededores, en la mayor proporción de los casos, a la población de baja disponibilidad económica y no hallándose estudios anteriores que tome en cuenta esta población adolescente de forma específica.

Es menester, tener datos de la población para conocer las características perinatales y así identificar los riesgos potenciales que implica un embarazo adolescente y poder establecer estrategias de prevención y educación orientadas a las adolescentes del Hospital Regional de Encarnación.

### **Pregunta de Investigación**

¿Cuáles fueron las características de los recién nacidos, hijos de madres adolescentes asistidos en el Hospital Regional de Encarnación periodo 2017 - 2018?

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1- Objetivo General**

Caracterizar los recién nacidos, hijos de madres adolescentes asistidas en el Hospital Regional de Encarnación, periodo 2017 – 2018.

### **2.2- Objetivos Específicos**

- Describir la edad y tipo de parto de madres adolescentes asistidas en el Hospital Regional de Encarnación.
- Describir edad gestacional, peso para la edad gestacional y Apgar de los recién nacidos hijos de madres adolescentes.
- Comparar las características de los recién nacidos de madres adolescentes menores de 15 años y mayores de 15 años.
- Describir las complicaciones de los recién nacidos de madres adolescentes.

## **Justificación**

Se realiza este trabajo de investigación a objeto de lograr conocimiento sobre la estadística de los RN de madres adolescentes y así identificar las características perinatales, debido a no contar con un registro en el servicio de Neonatología del Hospital Regional de Encarnación.

De esta manera permitir la captación oportuna de pacientes y poder prevenir complicaciones que generan mayores costos a la institución, lograr un mejor control prenatal para minimizar las complicaciones que repercuten en los RN de las madres adolescentes.

## **Antecedentes**

En una investigación llamada “Indicadores perinatales en hijos de madres adolescentes del Instituto Especializado Materno Perinatal durante el 2003”, al analizar su resultados, observaron que los mayores índices de bebés nacidos prematuros, peso bajo y muy bajo peso al nacimiento, se presentan en madres adolescentes comprendidas entre las edades de 11 y 14 años (4).

También fue realizado un estudio en el año 2007 “Complicaciones Materno Perinatales del embarazo en primigestas adolescentes. Estudio Caso - Control” del Hospital Sergio E. Bernales. El grupo de estudio consistió en puérperas adolescentes de 10 a 19 años y el grupo control estuvo conformado por puérperas de 20 a 29 años, durante el tiempo de mayo a octubre del 2004, concluyéndose que esta categoría de complicaciones es muy importante en mujeres adolescentes menores de 16 años de edad, siendo en las adolescentes tardías mucho más relevante y de mayor impacto psicológico y social como factores asociados. Se describe que la prematuridad, los pequeños para la edad gestacional, peso bajo al nacimiento y traumatismo obstétrico fueron más frecuentes en adolescentes sin embargo la vía de culminación por cesárea del embarazo fue más frecuente en el grupo control (5).

Un estudio hecho en México por Gómez y Cols., 2011; encontró como primer diagnóstico en recién nacidos de madre adolescente la prematurez, seguida por bajo peso para la edad gestacional y sepsis neonatal. En el mismo estudio las primeras causas de muerte en el recién nacido de madres adolescentes fueron la sepsis y la hemorragia intraventricular (6).

Un trabajo que fue llevado a cabo en el Hospital Vidal de Argentina en donde se estudió los resultados perinatales en madres adolescentes durante el año 2012, siendo de tipo observacional descriptivo, en la cual se tomó el 100 % de las gestaciones que hubo en ese año, siendo 30% gestaciones adolescentes. En las madres adolescentes los agravamientos perinatales más notables fueron: el bajo peso al nacimiento, el apgar menor a 7 al primer minuto y la prematurez (7).

En el año 2013, se realizó un estudio de tipo descriptivo comparativo de las mujeres madres adolescentes y los hijos que nacieron en el Hospital de Ginecología-Obstetricia de Cuba en el periodo comprendido entre 2011-2012, el grupo de madres adolescentes en comparación las mismas características a excepción de la edad de la madre. Los resultados comentados fueron que en el grupo de adolescentes se presentó 9% de partos pre-término y en el grupo comparativo 0.9%, siendo cifras altamente significativas ( $p < RR < 7.76$ ). Comportamiento similar tuvo en el peso de los nacidos siendo uno de los factores de mayor relevancia obteniéndose en la agrupación de riesgo 10.3% con peso inferior a 2500 gramos siendo significativo ( $p < 0.001$ ;  $RR = 12.88$  ( $1.65 < RR < 100,4$ )). Sin embargo, en orden de constancia las patologías respiratorias representaron el 8.9% en hijos nacidos de madres adolescentes y el 4.6% en hijos nacidos de madres adultas, los traumas obstétricos, evidenciaron el 7.4% y 17,9% en las mujeres en la etapa adolescente y adultas proporcionalmente. Siendo con respecto a la parte obstétrica el 28% de las adolescentes tuvieron partos distócicos siendo las alteraciones de la presentación la más frecuente debido al desarrollo insuficiente de la pelvis materna, por el contrario, en las madres adultas 11.1% fueron distócicos (8).

### 3. MARCO TEÓRICO

#### 3.1- Adolescencia

Adolescencia procede de la palabra latina “adolescere”, del verbo adolecer y en castellano tiene dos significados: tener cierta imperfección o defecto y también crecimiento y maduración. Es el periodo de tránsito entre la infancia y la edad adulta. Se acompaña de intensos cambios físicos, psicológicos, emocionales y sociales; se inicia con la pubertad (aspecto puramente orgánico), terminando alrededor de la segunda década de la vida, cuando se completa el crecimiento y desarrollo físico y la maduración psicosocial. La OMS considera adolescencia entre los 10 y 19 años y juventud al periodo entre los 19 y 25 años de edad. La SAHM (Sociedad Americana de Salud y Medicina de la Adolescencia) la sitúa entre los 10-21 años. Distinguiendo 3 fases que se solapan entre sí: adolescencia inicial (10-14 años), media (15-17 años) y tardía (18-21 años) (9).

De acuerdo con Issler a la adolescencia se le puede dividir en tres etapas: (9)

- 1) **Adolescencia Temprana:** Biológicamente, es el periodo peripuberal, con grandes cambios corporales y funcionales como la menarca. Psicológicamente el adolescente comienza a perder interés por los padres e inicia amistades básicamente con individuos del mismo sexo. Intelectualmente aumentan sus habilidades cognitivas y sus fantasías; no controla sus impulsos y se plantea metas vocacionales irreales. Personalmente se preocupa mucho por sus cambios corporales con grandes incertidumbres por su apariencia física (9).

- 2) **Adolescencia media:** Es la adolescencia propiamente dicha; cuando ha completado prácticamente su crecimiento y desarrollo somático. Psicológicamente es el período de máxima relación con sus pares, compartiendo valores propios y conflictos con sus padres. Para muchos, es la edad promedio de inicio de experiencia y actividad sexual; se sienten invulnerables y asumen conductas omnipotentes casi siempre generadoras de riesgo. Muy preocupados por apariencia física, pretenden poseer un cuerpo más atractivo y se manifiestan fascinados con la moda (9).
- 3) **Adolescencia tardía:** Casi no se presentan cambios físicos y aceptan su imagen corporal; se acercan nuevamente a sus padres y sus valores presentan una perspectiva más adulta; adquieren mayor importancia las relaciones íntimas y el grupo de pares va perdiendo jerarquía; desarrollan su propio sistema de valores con metas vocacionales reales (9).

Los cambios más llamativos tienen lugar en la esfera sexual y se culminan con la adquisición de la fertilidad. La edad cronológica tiene poca correlación con la maduración sexual y el crecimiento puede ser muy variable; por ello es necesario conocer en todo adolescente, el índice de maduración sexual que se evalúa mediante los estadios de Tanner (1962) y se basa en el desarrollo de los órganos genitales y caracteres sexuales secundarios. Esto permite diferenciar la pubertad normal de la patológica. El primer signo de desarrollo puberal en las mujeres es el aumento del botón mamario que puede iniciarse entre los 8-13 años, junto con aumento de la velocidad de crecimiento y acontece a una edad ósea de 11 años. Antes de los 8 años hablamos de

pubertad precoz y después de los 13 de pubertad tardía. El pico de máxima velocidad de crecimiento, ocurre relativamente pronto (Tanner II-III) mientras que la menarquia es un evento tardío, suele presentarse unos dos años tras la telarquia y señala en general, la disminución del crecimiento. En el 60% de las chicas ocurre en el estadio IV de Tanner (10).

La primera relación sexual cada vez ocurre en estadios de la vida más tempranos lo cual se asocia a un mayor riesgo de embarazos y de contraer enfermedades de transmisión sexual. Mientras más precoz ocurre el primer coito mayor es el número de parejas sexuales que tienen esas personas y por lo tanto los riesgos se multiplican. La etiología tiene que ver con el nivel socioeconómico bajo, inestabilidad familiar, expectativas del grupo de pares respecto de la iniciación de las relaciones sexuales, declinación de las barreras sociales para el ejercicio de la sexualidad (11).

### **3.2- Embarazo en la adolescencia**

Definiremos el embarazo adolescente como la gestación en mujeres, cuyo rango de edad se considera adolescente, independiente de su edad ginecológica (12). Ruoti plantea que el embarazo a cualquier edad constituye un hecho biopsico-social muy importante, pero la adolescencia conlleva a una serie de situaciones que pueden atentar tanto contra la salud de la madre como la del hijo, y constituirse en un problema de salud, que no debe ser considerado solamente en términos del presente, sino del futuro, por las complicaciones que acarrea (13). Dicha situación produce un serio problema biomédico ya que presenta altas tasas de morbilidad y mortalidad materna, perinatal y neonatal,

agregándose el impacto que produce a nivel sociocultural y psicológico con un elevado costo a nivel personal, educacional, familiar y social (14).

Se estima que en los países en desarrollo aproximadamente el 20% a 60% de los embarazos son no deseados y que los adolescentes generalmente tienen escasa información sobre el correcto uso de medidas anticonceptivas y sobre la fertilidad. Constituye una situación de riesgo social y biológico cuando se asocia a un menor nivel socio económico, a deserción escolar, a baja autoestima y a una pareja inestable o ausente (15).

A nivel mundial, el embarazo a edades tempranas se presenta cada vez con mayor frecuencia. Estas gestaciones se acompañan generalmente de grandes riesgos de complicaciones biológicas en la madre, tales como anemia grave, amenazas de aborto, parto prematuro o parto inmaduro, toxemia, hipertensión inducida por el propio embarazo, placenta previa, incompetencia cervical, e infecciones, entre otras. La OMS encuadra este tipo de embarazos como gestación de alto riesgo, ya que se ha demostrado que presentan mayor prevalencia de prematuridad, bajo peso al nacer y, por lo tanto, mayor mortalidad neonatal. Además de estas alteraciones perinatales, las gestantes sufren más frecuentemente anemia, infección de las vías urinarias, vaginosis y vaginitis, endometritis postparto y mayor riesgo de trabajo de parto prolongado. Sin embargo, por otro lado, diversos estudios han demostrado que las gestantes adolescentes tienen menor riesgo de padecer trastornos hipertensivos, así como menor probabilidad de requerir cesárea (16). En la salud del niño se puede presentar desde bajo peso al nacer, hasta secuelas que en ocasiones son para toda la vida, como por ejemplo retraso mental,

defectos del cierre del tubo neural, así como desarrollo biológico deficiente, entre otros (17).

Si bien la posibilidad de parto prematuro en las pacientes adolescentes está ligada a distintos factores como el bajo nivel socioeconómico, las poblaciones en algunos estudios realizados en similares características, demuestran que el riesgo de parto prematuro es mayor en las pacientes adolescentes embarazadas (18).

Un estudio de México concluye que la prematuridad está relacionada con un estado socioeconómico bajo de la madre adolescente y que la baja escolaridad se asocia a hijos con bajo peso al nacer, según las mediciones del estudio con tablas de peso para la edad (P/E) (19).

Existen estudios comparativos en donde la mortalidad infantil entre los hijos de niñas-madres menores de 14 años se incrementa a más del doble, mientras que en madres de 15 a 19 años se incrementa al 2.5 por 1,000 nacidos vivos en comparación con el resto de la población (20).

El RN prematuro o pretérmino es definido como un RN antes de las 37 semanas de gestación, y se considera bajo peso al nacer un peso menor a 2,500 g. El bajo peso al nacer es 12 veces más frecuente en hijos de madres adolescentes que en hijos de mujeres de mayor edad (21).

Los RN se clasifican de acuerdo a su edad gestacional así:

- Recién nacido pre termino (RNPT): también denominado prematuro, todo recién nacido cuya edad gestacional es menor de 37 semanas.

- Recién nacido a término (RNAT): todo RN entre las 37 y 41 semanas de gestación.
- Recién nacido post termino (RNPsT): RN después de la semana 42 de gestación (22).

De acuerdo al peso de nacimiento se clasifican:

- Normo peso al nacer: todo RN con peso mayor de 2500 gramos.
- Bajo peso al nacer: todo RN con peso menor de 2500 gramos.
- Muy bajo peso al nacer: RN con peso menor de 1500 gramos
- Extremado bajo peso al nacer: RN de menos de 1000 gramos (22).

También se clasifican de acuerdo a la relación del peso al nacer con la edad gestacional como:

- Pequeño para la edad gestacional: RN cuyo peso al nacer se encuentra dos desviaciones estándar de la media de peso por debajo, para una edad gestacional dada o por debajo del percentil 10.
- Apropiado o adecuado para la edad gestacional: es el RN que su peso se encuentra entre el percentil 10 y 90 para la edad gestacional o entre -2 y +2 desviaciones estándar de la media.
- Grande para la edad gestacional: Corresponde a RN cuyo peso se encuentra por encima del percentil 90 o dos desviaciones estándar por encima de la media (22).

A la luz de estas clasificaciones es posible comprender que tanto en el RNT como en el RNPT existe una susceptibilidad mayor en su transición desde la vida intrauterina a la vida independiente, la cual puede estar marcada por

múltiples problemas que ponen en riesgo su vida o su integridad, dentro de las cuales se resaltan algunos factores en los que se ha encontrado mayor asociación (23).

### **3.3- Características de recién nacidos de mujeres adolescentes**

El nacimiento de RN de madres adolescentes constituye un problema de salud pública tanto en toda América Latina; reportan que entre un 15 y un 25% de los recién nacidos vivos son hijos de madres menores de 20 años<sup>5</sup>. Varios estudios en distintos lugares del mundo, han concluido que el embarazo en las edades extremas del periodo reproductivo, son un factor de riesgo para complicaciones en los recién nacidos las características que presentaron los recién nacidos hijos de madres adolescentes fueron las siguientes: principalmente bajo peso al nacer, seguido de parto pretérmino, predominio en el sexo masculino, Apgar > 7 en la mayoría de casos y malformaciones en un mínimo porcentaje (1).

### **3.4- Riesgos en el embarazo adolescente**

A nivel mundial, el embarazo a edades tempranas se presenta cada vez con mayor frecuencia. Estas gestaciones se acompañan generalmente de grandes riesgos de complicaciones biológicas en la madre, tales como anemia grave, amenazas de aborto, parto prematuro o parto inmaduro, toxemia, hipertensión inducida por el propio embarazo, placenta previa, incompetencia cervical, e infecciones, entre otras. En la salud del niño se puede presentar desde bajo peso al nacer, hasta secuelas que en ocasiones son para toda la vida, como por ejemplo retraso mental, defectos del cierre del tubo neural, así como desarrollo biológico deficiente, entre otros Existe una doble probabilidad

de morir en relación con el parto en mujeres por debajo de 15 años de edad, que en mujeres de 20 años o más. Asimismo, los niños nacidos de mujeres menores de 20 años tienen más riesgo de morir antes de su primer año de vida, que los niños nacidos de madres con edades entre 20 a 29 años (6).

### **3.5- Consecuencias del embarazo adolescente**

- **Consecuencias biológicas:** es importante hacer notar que muchos de los embarazos en las adolescentes pueden llevar a la joven a practicarse un aborto y los riesgos que implica éste para las chicas pueden ser considerables, principalmente cuando se realiza en forma ilegal y en condiciones médicas inadecuadas, situación que es muy frecuente. Las complicaciones generalmente incluyen: hemorragias, septicemia, anemia, laceraciones vaginales, abscesos pélvicos, perforaciones del útero y esterilidad secundaria, entre otras (4).
- **Consecuencias psicosociales:** Una adolescente no transita a la adultez por el simple hecho de estar embarazada, ella seguirá siendo una adolescente que tendrá que hacerse cargo de un hijo. Las jóvenes de 10 a 13 años suelen tener grandes temores frente al dolor y a los procedimientos invasivos y generalmente el parto es muy difícil debido a que pierden el control con facilidad. En el ámbito social, el embarazo en adolescentes y los problemas asociados a él presentan tipologías distintas según el sector social en el que se manifiesten. En el nivel rural generalmente conduce a uniones tempranas y los problemas que se presentan generalmente son de orden biológico, como desnutrición y un malo o nulo control prenatal o de deficiente calidad y problemas

económicos. En el nivel suburbano las consecuencias son deserción escolar, económicos, uniones conyugales inestables que presentan frecuentemente violencia intrafamiliar, abortos provocados, mala atención del embarazo y del parto. A nivel urbano popular, el embarazo en una adolescente es considerado como un evento inesperado que restringe las ambiciones de progreso familiar (4).

### **3.6- Puntuación de Apgar**

La puntuación de Apgar es una herramienta conveniente para notificar el estado del neonato y la respuesta a la reanimación (24).

La puntuación de Apgar a los 5 minutos, y especialmente el cambio de puntuación entre 1 y 5 minutos, constituye un útil índice de la respuesta a la reanimación. Si la puntuación de Apgar es inferior a 7 a los 5 minutos, las pautas del PRN indican que se debería repetir cada 5 minutos hasta los 20 minutos. Sin embargo, la puntuación de Apgar asignada durante la reanimación no es equivalente a la otorgada a un RN que respira espontáneamente. No existe norma aceptada para notificar la puntuación de Apgar en los neonatos sometidos a reanimación tras el parto, ya que muchos de los elementos que contribuyen a la puntuación están alterados por la reanimación. Se ha sugerido el concepto de una puntuación ayudada que tuviera en cuenta las intervenciones de reanimación, pero no se ha estudiado la fiabilidad de predicción. Para describir correctamente a estos RN y ofrecer una documentación y recogida de datos exacta proponemos un impreso de puntuación de Apgar ampliado (24).

### **3.7- Tipo de parto**

Las dificultades respiratorias en los recién nacidos son una complicación frecuente después del parto. El síndrome de dificultad respiratoria se asocia con el nacimiento por cesárea, sobre todo en ausencia de trabajo de parto (25), (26). El 80% de los nacimientos en Latinoamérica ocurre en países con un índice de cesáreas mayor al 15% recomendado por la ONU y se cree que esto causa alrededor de 40,000 casos de recién nacidos con afecciones respiratorias (27). Entre principales causas para este fenómeno están la mayor edad materna al momento del primer embarazo, las múltiples gestaciones debidas a los tratamientos de fertilidad, y la mayor preocupación que produce el parto vaginal.

El aumento de nacimientos por cesárea se debe en gran medida, al dolor del procedimiento, disfunción sexual posterior al parto, el nivel sociocultural o económico, y la influencia del equipo que asiste el parto (28). Durante el trabajo de parto se producen cambios hormonales y de mediadores en la madre y en el feto y se produce una rápida evacuación del líquido pulmonar, en gran parte dependiente de canales de sodio. La falla en estos mecanismos puede hacer que el recién nacido tenga dificultad respiratoria severa y requiera cuidados intensivos, ventilación mecánica o surfactante (29). Los neonatos nacidos por cesárea necesitan alrededor de dos minutos adicionales a los bebés nacidos de parto vaginal para lograr una tasa de saturación del 90% y los recién nacidos prematuros demoran más tiempo que los recién nacidos a término para llegar a una saturación de oxígeno mayor a 85% (25).

### **3.8- Prematuridad del Recien Nacido**

Decir que un parto es prematuro implica aceptar que se ha interrumpido antes que el feto haya alcanzado suficiente madurez para adaptarse a la vida extrauterina, necesitando de cuidados especiales para sobrevivir. La Organización Mundial de la Salud (OMS) sugirió primero y acordó después (Bristol, 1962) que el término parto prematuro no debía ser empleado y recomendó la designación de parto pretérmino (30).

La AAP (Academia Americana de Pediatría) sugiere el límite de la edad precoz al neonato nacido menor a 38 semanas, por el considerable peligro de enfermedad que se detallan entre las semanas 37 a 38 de nacido. La OMS define a los prematuros como aquel RN entre el rango de 20 a 37 semanas en la gravidez (31).

La prematuridad representa un problema de salud de los RN en todo el mundo, en las dos últimas décadas su incidencia ha aumentado más de 30 %. Prematuréz es definido como todo nacimiento que sucede antes de la 37 semana de gestación (menos de 259 días). Se asocia con aproximadamente con 1/3 de la mortalidad infantil en los Estados Unidos. Se conoce muy bien que los neonatos nacidos antes de las 25 semanas tienen el riesgo más alto de mortalidad (50%), y los que sobreviven tienen un mayor riesgo de sufrir algún impedimento. Los RN con peso de nacimiento entre 500 y 1500gr. continúan contribuyendo desproporcionadamente a la mortalidad perinatal a pesar de representar sólo 1,0 -1,5% del total de partos. Entre los factores de riesgo asociados observados, se encuentran edad materna >35 años, peso al nacer (31).

La patogénesis del parto pretérmino es aún discutida y a menudo no está claro si el trabajo de parto pretérmino representa una activación temprana idiopática del trabajo de parto normal, o es el resultado de algún mecanismo patológico. Existe cada vez más evidencia, que la infección de la decidua, de las membranas ovulares y del líquido amniótico, se asocia con el parto pretérmino. La corioamnionitis clínica complica el 1 al 5% de los embarazos de término y casi el 25% de los embarazos pretérmino (31).

No se conocen exactamente las causas desencadenantes de un parto pretérmino, pero sí se han estudiado múltiples factores predisponentes que favorecen su evolución (31).

Los factores de riesgo asociados pueden dividirse en preconceptionales, conceptionales y ambientales, del comportamiento, genéticos, placentarios e infecciosos (31).

Preconceptionales: Encontramos el bajo nivel socioeconómico-educacional de la mujer, edades extremas (menores de 18 años y mayores de 35), sin gestación previa, talla baja y enfermedades crónicas (hipertensión arterial, nefropatía y diabetes) (31).

Conceptionales: Embarazo múltiple, aumento de peso materno (menor de 8 kg al término del embarazo), corto intervalo intergenésicos (menor de 1 mes), hipertensión arterial inducida por el embarazo, hemorragias frecuentes que producen anemias, infecciones y malformaciones congénitas (31).

Ambientales y del comportamiento: Tabaquismo durante el embarazo, alcoholismo durante el embarazo, consumo exagerado de cafeína, elevada

altitud sobre el nivel del mar, estrés, control prenatal inadecuado o ausente y consumo de drogas (31).

Existen factores genéticos específicos que pueden alterar el crecimiento fetal: Trisomías 13, 18 y 21.

Factores placentarios: Constituyen menos del 1% de las causas de bajo peso al nacer, como ejemplo, hemangiomas y alteraciones estructurales placentarias (31).

Factores infecciosos: Los virus y protozoos se encuentran implicados en el peso bajo al nacer hasta entre el 5 y 10 por ciento de los casos. Los agentes más comunes son toxoplasmosis, rubéola, citomegalovirus, herpes simple, varicela y sífilis. Cuando se presenta daño por este mecanismo habitualmente se presenta temprano, antes de 24 a 26 semanas, es severo y de carácter simétrico (32).

Entre las enfermedades que constituyen factores de riesgo para la prematuréz, se consideran: antecedentes de la madre como el parto prematuro previo, uno o más abortos espontáneos, tener un corto periodo intergenésico e incompetencia cervical. También se pueden presentar diversas condiciones durante el embarazo, los cuales pueden ser un factor de riesgo, entre estos, el embarazo múltiple, la ruptura prematura de membranas, la amnionitis, la pre-eclampsia, la infección urinaria y la placenta previa (33).

Todos estos factores de riesgo generan una inmadurez de las estructuras anatómicas y de las funciones fisiológicas y bioquímicas reflejándose en una incapacidad relativa del prematuro para sobrevivir.

Sumado a esto, en el proceso de adaptación neonatal el inicio de la respiración y los cambios cardiocirculatorios son los primeros que ocurren y son determinantes para la supervivencia en el medio extrauterino (33).

En la vida intrauterina, el feto respira por la placenta, y la circulación fetal está estructurada para posibilitar el intercambio gaseoso a través de la placenta. Con el inicio de la respiración pulmonar, es indispensable la readecuación de la circulación fetal para efectuar el intercambio gaseoso a nivel pulmonar (34).

Antes de nacer la membrana placentaria brinda todo el oxígeno desde la sangre materna hacia la sangre fetal, los alvéolos se encuentran llenos de líquido y las arteriolas que irrigan el pulmón están en intensa vasoconstricción por la baja Presión arterial de Oxígeno ( $PaO_2$ ); por tal motivo la sangre del corazón derecho no puede entrar al pulmón por la vasoconstricción pulmonar, obligando a la sangre a tomar dirección que ofrece menor resistencia, es decir, a través del ducto arterioso a la aorta (34).

Al momento del nacimiento el RN no estará más conectado a la placenta y depende de los pulmones como única fuente de oxígeno, el líquido que hay en alveolo se absorbe y por el aumento de las concentraciones de oxígeno los vasos pulmonares se relajan, disminuyendo la resistencia del flujo sanguíneo y permitiendo que la sangre empiece a circular hacia las arteriolas que van hacia el pulmón, logrando de esa manera que el oxígeno sea absorbido y transportado al resto del cuerpo por medio de la circulación sistémica (34).

Pero diversos factores pueden alterar esa transición normal de una respiración líquida a gaseosa, y más aún en el RN, tales como la insuficiencia

de surfactante, el escaso desarrollo de las vías respiratorias y del tejido pulmonar, y el exceso de líquido en los pulmones, además de otros factores a nivel sistémico como las alteraciones gasométricas, del equilibrio ácido-base y las infecciones, que conllevan a mantener el cortocircuito a través del conducto arterioso y del foramen oval, provocando una insuficiencia circulatoria e hipo perfusión de los órganos vitales (35).

### **3.8.1- Clasificación del recién nacido pretérmino**

La prematuridad está dividida en:

1. Prematuridad leve: Cuando nace entre la semana 34 y 36 de gestación.
2. Prematuridad moderada: Cuando nace entre 30 y 33 semanas de gestación.
3. Prematuridad extrema: Cuando nace entre la semana 26 y 29 de gestación.
4. Prematuridad muy extrema: Cuando nace entre 22 y 25 semanas de gestación.

Biológicamente el feto requiere de un cierto número de semanas en el útero para que su organismo esté maduro para adaptarse a la vida extrauterina. Cuando nace antes de haber completado este ciclo de maduración decimos que ha nacido prematuro y con ello, se suman una serie de patología por su propia edad gestacional (35).

Los RNPT debido a su inmadurez inmunológica, fisiológica están en riesgo de presentar múltiples patologías con consecuencias muy complejas para la supervivencia.

Según la gravedad de ser precoz las limitaciones para adaptarse será poca o más grave, siendo en este proceso en la cual, estos niños adquieren lesiones que pueden ser causa de secuelas psicomotoras o de muerte neonatal (35).

### **3.9- Complicaciones del recién nacido**

#### **3.9.1- Distres Respiratorio**

El síndrome de dificultad respiratoria (SDR), anteriormente llamado enfermedad de las membranas hialinas. La inmadurez del pulmón del pretérmino no es solamente bioquímica, déficit de surfactante pulmonar, sino también morfológica y funcional, ya que el desarrollo pulmonar aún no se ha completado en estos niños inmaduros. El pulmón con déficit de surfactante es incapaz de mantener una aireación y un intercambio gaseoso adecuados. Los síntomas comienzan al poco de nacer, con dificultad respiratoria debida a las alteraciones de la función mecánica del pulmón y cianosis secundaria por anomalías del intercambio gaseoso. La dificultad respiratoria que lo caracteriza progresa durante las primeras horas de vida, alcanzando su máxima intensidad a las 24 - 48 horas de vida y, en los casos no complicados, comienza a mejorar a partir del tercer día de vida (36).

#### **3.9.2- Enterocolitis Necrotizante**

La enterocolitis necrosante (ECN) es la causa más frecuente de enfermedad gastrointestinal adquirida y emergencia quirúrgica en el neonato; afecta predominantemente a prematuros con muy bajo peso al nacer. Se reporta una incidencia de 5-15%. La patogénesis es multifactorial y aún no está claramente definida. En estadios iniciales, la ECN es difícil de diagnosticar, ya

que los síntomas son inespecíficos y pueden observarse también en sepsis. El manejo médico de los neonatos con ECN incluye soporte respiratorio y cardiovascular, ayuno, descompresión gástrica con sondaje orogástrico y antibióticos de amplio espectro. Un 20-40% de los casos requiere cirugía. A pesar de avances en los cuidados del prematuro con muy bajo peso, la mortalidad continúa siendo elevada y varía de 20 a 50%, dependiendo de la severidad de la ECN y la edad gestacional del neonato (37).

La incidencia reportada de ECN es de uno por 1,000 nacidos vivos. Afecta predominantemente al prematuro con muy bajo peso y solamente el 5-10% de los casos se observan en neonatos de término o casi a término (38 - 39).

### **3.9.3- Hiperbilirrubinemia**

La ictericia es un síntoma muy común que afecta aproximadamente al 60% de los neonatos sanos y no (1) requiere tratamiento alguno. Sin embargo entre el 8 al 11% de los neonatos ictericos, preferentemente aquellos con edad gestacional entre las 34 a 37 semanas, pueden desarrollar hiperbilirrubinemia severa, con el consecuente riesgo de afectación neurológica, debido al potencial de neurotoxicidad de la bilirrubina libre (40).

Kernicterus, es un término utilizado para describir los depósitos del pigmento amarillo en los núcleos basales del sistema nervioso central (SNC), (globo pálido, putamen hipocampus entre otros) observados en cortes anatomopatológicos de neonatos fallecidos con hiperbilirrubinemia severa. Actualmente, se considera que la disfunción neurológica inducida por la bilirrubina tiene una constelación de síntomas que incluye la encefalopatía

bilirrubínica aguda (EBA), la cual puede, dependiendo de una compleja interacción del pigmento con el tejido neuronal y la glía, progresar hacia una forma de encefalopatía crónica o Kernicterus (41).

#### **3.9.4- Sepsis**

La sepsis neonatal es una entidad inflamatoria e infecciosa, la cual puede ser definida como la condición médica infecciosa que compromete sustancialmente la vida del neonato debido al riesgo de falla orgánica que esta presenta. A su vez, la sepsis neonatal tiene una morbilidad y mortalidad considerable en la población pediátrica y, en la neonatal, es de suma importancia, dado que esta aumenta su tasa de mortalidad (42).

La sepsis neonatal puede dividirse en dos formas, la temprana y la tardía. De este modo, la temprana ocurre antes de las 72 horas de nacimiento, mientras que la tardía ocurre después de este intervalo de tiempo (42). La vía de contagio también varía, dentro de las primeras 72 horas, el neonato generalmente se infecta por el pasaje del canal vaginal o por el antecedente materno de infección durante el tercer trimestre (43).

Las manifestaciones clínicas son inespecíficas. Se presentan generalmente con llantos profusos, irritabilidad, fiebre, disnea, distrés respiratorio, distensión abdominal, letárgico, alteración de la alimentación, hepatomegalia, hipotonía y convulsiones. Por ello, determinar el diagnóstico establecido de sepsis no se puede hasta comprobar laboratoriamente la presencia de esta entidad. Por ello, el gold standard en el diagnóstico es el hemocultivo (44). No obstante, este puede no ser útil, en donde se reporta falsos negativos en aproximadamente 25% de los casos afectados. A su vez, el

diagnóstico demora un mínimo de 48, por lo que no es conveniente esperar el resultado del cultivo para iniciar tratamiento antibiótico (43).

Un factor de importante consideración es el conocimiento de las distintas circunstancias que predisponen la presencia de sepsis en el periodo neonatal. Es por ello que diversos estudios buscaron determinar las asociaciones entre los cuidados de las madres y la presencia junto con el desarrollo de sepsis en este periodo 33. Entre los factores más destacables se obtiene la ruptura prematura de membranas, infección del tracto urinario durante el tercer trimestre, un puntaje de APGAR menor a 7 al minuto y a los cinco minutos, embarazos múltiples, corioamnionitis, ruptura prolongada de membranas (mayor a 18 horas iniciado la ruptura) e infecciones intramnióticas. Estos factores están descritos en la literatura; sin embargo, su tasa de frecuencia y asociación varía entre los diversos estudios. Debido a ello, los factores deben de ser considerados especialmente en la población que se lograron obtener y servir de guía clínica para el manejo posterior de los neonatos (44).

Entre los agentes causales, se puede distinguir en dos tiempos diferentes. Es decir, la etiología varía dependiendo si la sepsis es temprana o tardía (45). En la primera, los microorganismos involucrados generalmente son el estreptococo del grupo B y la *Escherichia coli*. Por otro lado, en la tardía, se obtiene que los principales agentes patógenos son el *Staphylococcus aureus*, *Staphylococcus coagulasa* negativo, *Pseudomonas*, *Haemophilus influenzae*, *Klebsiella* y la *Escherichia coli* (46).

La terapéutica de la sepsis abarca una gama de esfuerzos interdisciplinarios. Inicialmente, las medidas de rescate como la administración

de fluidos es indispensable para mantener estable el medio interno. Posteriormente, una medida importante es la administración de antibiótico profilaxis intraparto para las mujeres con resultados positivos para el *Streptococcus* del grupo B. Se recomienda generalmente la administración de penicilina G, 5 millones de unidades intravenosas, seguido de 2.5 millones de unidades cada 4 horas hasta dar a luz (46).

Otra opción la ampicilina, 2 gramos como dosis inicial, seguido de 1 gramo intravenoso cada 4 horas hasta dar a luz y la cefazolina, igualmente de 2 gramos intravenoso, seguido de 1 gramo cada 8 horas hasta dar a luz. Asimismo, posterior a la identificación de la sepsis en el neonato, el uso de antibiótico debe ser inicialmente uno empírico. Sin embargo, se debe valorar y rotar su uso posterior a la obtención del resultado de antibiograma. El tiempo de administración suele variar dependiendo el tipo de sepsis. En la temprana se recomienda 10 días, en la tardía de 10 a 14 días y en la sepsis de etiología meningea, se recomienda antibióticos por 14-21 días. En esta última entidad, el intervalo de tiempo de administración es independiente si es temprana o sepsis tardía (46).

## **4.- MARCO METODOLÓGICO**

### **4.1.- Tipo de estudio**

Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo.

### **4.2.- Delimitación espacio- temporal**

El estudio se realizó en el servicio de Neonatología y Sala de Alojamiento Conjunto del Hospital Regional de Encarnación - Paraguay, el periodo de estudio abarca del 1 de julio de 2017 al 30 de junio de 2018.

### **4.3.- Población, muestra y muestreo**

La población de estudio estuvo conformada por todos los recién nacidos de madres adolescentes (12-19 años) nacidos en el Hospital Regional de Encarnación durante el periodo comprendido del 1 de julio de 2017 al 30 de junio de 2018 que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión.

### **4.4.- Criterios de inclusión y exclusión**

#### **4.4.1.- Criterios de inclusión:**

- Fichas de recién nacidos de madre adolescente (12 - 19 años) nacidos en el Hospital Regional de Encarnación en el periodo comprendido de estudio.

#### **4.4.2.- Criterios de exclusión:**

- Recien nacido que cuenten con registro incompleto de datos en el Libro de ingresos del Servicio de Neonatología del Hospital Regional de Encarnación.

- Los RN nacidos en otra institución y domiciliarios, admitidos en el Servicio de Neonatología.

#### 4.5.- Operacionalización de variables

<b>Variables</b>	<b>Definición conceptual</b>	<b>Definición Operacional</b>	<b>Tipo</b>	<b>Indicador</b>
<b>Edad gestacional</b>	Es el término común usado durante el embarazo para describir que tan avanzado está este	Se mide en semanas y al nacer se evalúa por el Test de Capurro	Cualitativo	Término: ≥37semanas  Pretérmino: <37semanas
<b>Peso</b>	Indicador de la masa corporal total y se mide en kilogramos	Según la escala de Lubchenco que tiene como parámetros el peso para la edad gestacional y se mide en percentiles.	Cualitativo	AEG:entre percentiles 10 y 90  GEG: superior a percentil 90  PEG: inferior al percentil 10

<b>Variables</b>	<b>Definición conceptual</b>	<b>Definición Operacional</b>	<b>Tipo</b>	<b>Indicador</b>
<b>APGAR</b>	Método de evaluación de la adaptación y vitalidad del recién nacido tras el nacimiento.	Se lleva a cabo al minuto y a los cinco minutos de nacer	Cualitativo	0-3 puntos: gravemente afectado. 4-7 puntos: estado deficiente 7-10 puntos: óptimo, buenas condiciones.
<b>Tipo de parto</b>	Forma de finalización del embarazo		Cualitativo	Vaginal Cesárea
<b>Edad materna</b>	Años de vida cumplidos al momento de la entrevista	En años cumplidos al momento de la entrevista	Cuantitativa continua	Números enteros desde 10 a 19 años
<b>Complicaciones de los recién nacidos</b>	Agravamiento de una enfermedad o de un procedimiento médico con una patología intercurrente	Patología más frecuentes de hijos de madres adolescentes y de recién nacidos prematuros	Cualitativo	Distrés respiratorio Sepsis neonatal Sifilis congénita Hiperbilirrubinemia Prematurez extrema Bajo peso al nacer Malformaciones

#### **4.6.- Técnica e instrumento de recolección de datos**

Se utilizó análisis documental, tomando como instrumento una lista de chequeo, elaborado y llenado a partir del registro de pacientes de la Sala de Alojamiento Conjunto y Neonatología del Hospital Regional de Encarnación.

#### **4.7.- Análisis estadístico**

Los datos recolectados de interés fueron asentados en una Planilla Excel 2007 y se procedió mediante el uso de programas estadísticos disponibles para posterior análisis de los datos obtenidos.

#### **4.8.- Consideraciones éticas**

Se mantuvo la confidencialidad de los datos personales de todos los pacientes para respetar la privacidad de los mismos. Se mantuvo el principio de justicia en el trabajo ya que los datos fueron verdaderos y no fueron discriminados ningún paciente.

Se obtuvo el permiso correspondiente del Jefe de Servicio y del Director del Hospital Regional de Encarnación para llevar a cabo la investigación dentro de la institución.

## 5.- RESULTADOS

**Tabla N° 1: Clasificación según edad de las adolescentes embarazadas registrada en el Hospital Regional de Encarnación periodo del 1 de julio de 2017 al 30 de junio de 2018. n= 768.**

<b>Variable</b>	<b>Cantidad</b>	<b>Por ciento</b>
Menor de 15 años	99	13%
Mayor a 15 años	669	87%
<b>Total</b>	<b>768</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Libro de registro de nacimientos del servicio de neonatología y alojamiento conjunto del Hospital Regional de Encarnación.

Se hallaron 768 madres adolescentes, teniendo en cuenta la edad de las adolescentes asistidas en el Hospital Regional de Encarnación, se observó que la mayoría fueron adolescentes mayores a 15 años con un total de 669 (87%) y 99 (13%) de las adolescentes fueron menores de 15 años.

**Tabla N° 2: Tipo de parto de las adolescentes embarazadas registrado en el Hospital Regional de Encarnación periodo del 1 de julio de 2017 al 30 de junio de 2018. n= 768**

<b>Variable</b>	<b>Cantidad</b>	<b>Porcentaje</b>
Vaginal	307	40%
Cesarea	461	60%
<b>Total</b>	<b>768</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Libro de registro de nacimientos del servicio de neonatología y alojamiento conjunto del Hospital Regional de Encarnación.

Referente al tipo de parto en los adolescentes embarazadas asistidas en el HRE, se observó que en 461 (60%) de las adolescentes tuvieron partos por cesáreas y en 307 (40%) de las adolescente parto vaginal.

**Tabla N° 3: Distribución porcentual de hijos de madres adolescentes registrado en el Hospital Regional de Encarnación periodo del 1 de julio de 2017 al 30 de junio de 2018. Según edad gestacional. n= 768**

<b>Variable</b>	<b>Cantidad</b>	<b>Por ciento</b>
RNPT (<37 semanas)	23	3%
RNT (37 a 41.9 semanas)	630	82%
RNpT (≥42 semanas)	115	15%
<b>Total</b>	<b>768</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Libro de registro de nacimientos del servicio de neonatología y alojamiento conjunto del Hospital Regional de Encarnación.

Del total de la muestra estudiada, respecto a la edad gestacional se observó que 630 (82%) RN fueron RNT con 37 a 41.9 semanas de gestación, 115 (15%) RN fueron RNpT con ≥42 semanas de gestación y 23 (3%) fueron RNPT con <37 semanas de gestación.

**Tabla N° 4: Distribución porcentual de hijos de madres adolescentes registrado en el Hospital Regional de Encarnación periodo del 1 de julio de 2017 al 30 de junio de 2018. Según peso para la edad gestacional. n=768**

<b>Variable</b>	<b>Cantidad</b>	<b>Por ciento</b>
RN PEG	23	3%
RN AEG	660	86%
RN GEG	85	11%
<b>Total</b>	<b>768</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Libro de registro de nacimientos del servicio de neonatología y alojamiento conjunto del Hospital Regional de Encarnación.

Respecto el peso para la edad gestacional se observo que 660 (86%) de los RN fueron acorde para la edad gestacional (AEG), 85 (11%) RN fueron grande para su edad gestacional (GEG) y 23 (3%) de los RN fueron pequeño para la edad gestacional (PEG).

**Tabla N° 5: Distribución de hijos de madres adolescentes registrado en el Hospital Regional de Encarnación periodo del 1 de julio de 2017 al 30 de junio de 2018. Según Apgar al minuto y a los cinco minutos. n = 768**

<b>Variable</b>	<b>Cantidad</b>	<b>Por ciento</b>
<b>Apgar al minuto de nacido</b>		
Menor o igual a 7	99	13%
Mayor a 7	669	87%
<b>Apgar a los 5 min. de nacidos</b>		
Menor o igual a 7	15	2%
Mayor a 7	753	98%

**Fuente:** Libro de registro de nacimientos del servicio de neonatología y alojamiento conjunto del Hospital Regional de Encarnación.

Referente al Apgar al minuto de nacido se pudo constatar que la mayoría de los recién nacidos 669 (87%) presentaron una puntuación mayor a 7 (vigoroso), y 99 (13%) presentaron puntuaciones menor a 7. En cuanto al Apgar a los 5 min. se observó que 753 (98%) de los RN tuvieron un Apgar mayor que 7 (vigoroso) y solo 15 (2%) quedaron con menos de 7, lo que representa que 84 (84,5%) de los que tuvieron menos que 7 al primer minuto mejoraron su puntaje de pronóstico.

**Tabla N° 6: Cuadro comparativo de características clínicas de recién nacidos de madres adolescentes menores de 15 años y mayores de 15 años. n=768**

Características clínica de los Recien Nacidos	Menor o igual a 15 años n= 99		Mayor a 15 años n= 669	
	N°	%	N°	%
<b>Edad Gestacional</b>				
RNPT	7	6%	16	3%
RNT	80	80%	550	82%
RNpT	12	12%	103	15%
<b>Peso para la edad gestacional</b>				
PEG	10	10%	13	2%
AEG	76	77%	584	87%
GEG	13	13%	72	11%
<b>Appgar al minuto de nacido</b>				
<7	14	14%	85	13%
≥7	85	86%	584	87%
<b>Appgar a los 5 minuto de nacido</b>				
<7	5	5%	10	2%
≥7	94	95%	575	98%
<b>Tipo de parto</b>				
Vaginal	27	27%	280	42%
Cesárea	72	73%	389	58%

**Fuente:** Libro de registro de nacimientos del servicio de neonatología y alojamiento conjunto del Hospital Regional de Encarnación.

En comparación entre las adolescentes menores de 15 años y mayores 15 años, sobre las características de los recién nacidos, las adolescentes <15 años presentaron dos veces más de recién nacidos pretérmino.

Respecto al peso para la edad gestacional, las adolescentes <15 años presentaron cinco veces más pequeño para edad gestacional (PEG).

Referente al Apgar a los 5 minutos de los nacidos de las adolescentes <15 años presentaron dos veces más un puntaje <7.

Se pudo observar un alto índice de partos por cesarea en madres adolescentes <15 años, representando el 26% más de cesareas que en las adolescentes >15 años.

**Grafico N° 7: Morbimortalidad de recién nacidos de madres adolescentes asistidas en el Hospital Regional de Encarnación periodo del 1 de julio de 2017 al 30 de junio de 2018. n=76**

<b>Variable</b>	<b>Cantidad</b>	<b>Por ciento</b>
Distres Respiratoria	19	25%
RNPT	23	30%
Sepsis Neonatal	13	17%
Sifilis congénita	10	13%
Hiperbilirrubinemia	6	8%
Malformaciones	5	7%
<b>Total</b>	<b>76</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Libro de registro de nacimientos del servicio de neonatología y alojamiento conjunto del Hospital Regional de Encarnación.

Sobre las complicaciones que presentaron los recién nacidos hijos de madres adolescentes asistidas en el Hospital Regional de Encarnación, en un total fueron internados de 76 RN, el 25% presentó Distres Respiratorio, 30% fueron prematuros, el 17% con sepsis neonatal y el 8% con hiperbilirrubinemia.

**Tabla N° 8: Morbimortalidad de los recién nacidos de madres adolescentes menores de 15 años y mayores de 15 años. n= 768.**

Morbimortalidad de los Recien Nacidos	Menor o igual a 15 años n=99		Mayor a 15 años n=669	
	N°	%	N°	%
Distres Respiratorio	10	10%	7	1%
RNPT	16	16%	7	1%
Sepsis Neonatal	6	6%	7	1%
Sífilis congénita	1	1%	9	1%
Hiperbilirrubinemia	4	4%	2	0,3%
Malformaciones	1	1%	4	0,6%
Muerte	2	2%	1	0,1%

**Fuente:** Libro de registro de nacimientos del servicio de neonatología y alojamiento conjunto del Hospital Regional de Encarnación.

En comparación entre las adolescentes <15 años y >15 años, sobre las patologías de los recién nacidos, se observó un mayor índice en los hijos de madres <15 años respecto a distres respiratorio (10%) y recién nacidos prematuros (16%) (<37 semanas de gestación), en cuanto a sepsis neonatal se observó mayor porcentaje en los RN de madres menores de 15 años 6 RN (6%) y en cuanto a sífilis congénitas no hubo diferencia 1% para ambos grupos, en cuanto a la mortalidad se observó 2 (2%) RN de madres menores de 15 años y 1 (0,1%) en las mayores de 15 años.

## 6.- DISCUSIÓN Y COMENTARIOS

Según estudios realizados por las OMS aproximadamente 16 millones de niñas entre los 15 y 19 años son madres cada año y de ellas el 95% viven en países en vías de desarrollo como el nuestro. En este estudio se vió que de un total de 2938 nacimientos en el año, un 26,1% fueron embarazos en adolescentes con cifras alarmantes ya que muestra valores superiores a los encontrados por informe “Reproducción adolescente y desigualdades en América Latina y el Caribe, un llamado a la reflexión y a la acción” del 2008 cuya prevalencia fue del 11% (30).

En este trabajo respecto a la edad de las adolescentes asistidas en el Hospital Regional de Encarnación, se observó que el 87% de las adolescentes eran mayores a 15 años y que el 13% menores de 15 años, esto datos fueron similares a lo encontrado por Camacho donde en un estudio restropectivo sobre las características de las madres adolescentes obtuvo que la edad promedio de la madres adolescentes fue de 17.71 años encontrándose el 50% de la población bajo los 18 años, perteneciendo el 81.4% al grupo etario de adolescencia tardía (43).

Tambien se encontró que la mayoría de los hijos de madres adolescentes nacieron de término en un 82% de los casos; con adecuado peso al nacer y practicamente sin complicaciones lo que se contradice con varios estudios realizados que han determinado que el riesgo de parto prematuro y complicaciones de recién nacidos en las pacientes adolescentes es mayor mientras menor es la edad de la paciente (29).

En cuanto a la terminación de la gestación en este trabajo se encontró que la via cesarea fue la mas utilizada en un 60%, superior a lo recomendado

por la OMS de 10 a 15%, y superior a un estudio realizado en el Departamento y Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital Salvador de Chile donde el porcentaje de partos cesáreas de la misma población fue de 18,4% (29)

Con referente a las complicaciones en los recién nacidos en este estudio se encontró que la mayoría correspondía a distrés respiratorio seguido de prematuridad extrema, a diferencia de un estudio hecho en México que encontró como primera complicación en recién nacidos de madres adolescentes la prematuridad, seguida por bajo peso para la edad gestacional y sepsis neonatal (8)

Comparando los RN de las adolescentes <15 años y >15 años, en cuanto a las patologías presentadas, se observaron en mayor porcentaje en los hijos de madres <15 años.

## 7.- CONCLUSION

Los recién nacidos hijos de madres adolescentes en su mayoría fueron de término con un adecuado peso al nacer y buen Apgar. En cuanto a la terminación de la gestación la vía cesárea fue la más utilizada en las adolescentes.

En comparación entre las adolescentes <15 años y >15 años:

Sobre las características de los recién nacidos, las adolescentes <15 años presentaron el doble de recién nacidos pretérmino.

Respecto al peso para la edad gestacional, las adolescentes <15 años presentaron cinco veces más pequeño para edad gestacional (PEG).

Referente al Apgar a los 5 minutos de nacido las adolescentes <15 años presentaron dos veces más Apgar <7 a los 5 min.

Se pudo observar en madres adolescentes <15 años un porcentaje más alto de partos por cesárea, con el 26% más de cesárea que las adolescentes >15 años.

Sobre las patologías de los recién nacidos, distrés respiratorio 10% y RNPT 16% se presentaron en mayor porcentaje en hijos de madres <15 años, la sepsis neonatal se presentó más frecuentemente en hijos de madres <15 años.

Presentaron mayor índice de muerte los recién nacidos hijos de madres <15 años.

## 8.- BIBLIOGRAFIA

- 1- OMS: Organización Mundial de la Salud [Internet] Ginebra: OMS 2018 [citado abril 2019]. El embarazo en la adolescencia. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy>.
- 2- Vázquez A., Guerra C., Herrera V., De la Cruz Chávez F., Almirall A. Embarazo y adolescencia: factores biológicos materno y perinatal más frecuentes. Rev Cubana ObstetGinecol 2001;27(2):158-64.
- 3- Alfonso L., Arias M., Mendoza L. Hijo de madre adolescente: riesgos, morbilidad y mortalidad neonatal Rev. Chil. Obstet. Ginecol. 2012;77(7):375-382
- 4- Doig J. Indicadores perinatales en hijos de madres adolescentes del Instituto Especializado Materno perinatal durante el año 2003. Rev. Per. Pediat. 2006;59(1):6-11.
- 5- Sandoval J., Mondragón F., Ortíz M. Complicaciones materno perinatales del embarazo en primigestas adolescentes: estudio caso-control. Rev. Per. de Ginec. y Obst. 2007;53(1):28-34.
- 6- Gómez P., Molina R, Zamberlin N. Factores relacionados con el embarazo y la maternidad en menores de 15 años en América Latina y el Caribe. Perú: Editorial Erre & Erre Artes Gráficas. 2011. p. 85.
- 7- Benítez N., Locatelli A., Obregón k. Itati G. Resultados perinatales en madres adolescentes. Rev. Arg. de Ped. 2008;18(7):1-4.

- 8- Flores G., González N., Torres P. Morbilidad neonatal en un grupo de recién nacidos a término con APGAR bajo recuperado. *Rev. Mex. de Ped.* 2012;14(3):113-116.
- 9- Kliksberg B. Impactos de la situación social de América Latina sobre la familia y la educación: interrogantes y búsquedas. *Estudios interdisciplinarios de América Latina y el Caribe.* 2000; 11(2):1-15.
- 10- Pombo M. Tratado de endocrinología pediátrica. España: Editorial McGraw-Hill Interamericana de España S.L. p. 960.
- 11- Muñoz M., Pozo J. Pubertad normal y sus variantes. *Pediatr Integral* 2011; XV(6): 507-518
- 12- Cutié J., Laffita A., Toledo M. Primera relación sexual en adolescentes cubanos. *Rev. Chil. de Obstet. Ginecol.* 2005;70(2):83-86
- 13- Ruoti A. Patología obstétrica en la adolescente embarazada. *Rev SOGIA* 1994; 1:70-2.
- 14- Ruoti M., Ruoti A. Sexualidad y embarazo en adolescentes. Instituto de Investigaciones de Ciencias de Salud. Paraguay: Universidad de Asunción, 1992.
- 15- Olausson P., Cnattinguis S., Haglund B. Teenage pregnancies and risk of late fetal death and infant mortality. *Br J Obstet Gynaecol* 2001; 106(1):116-21.
- 16- Manrique R., Rivero A., Ortunio M., Rivas M., Cardozo R., Guevara H. Parto pretérmino en adolescentes. *Rev Obstet Ginecol Venez* 2008;68(3): 141-143.

- 17-Nolazco M., Rodríguez L.. Morbilidad materna en gestantes adolescentes. Rev. de Posgrado de la VIª Cátedra de Medicina. 2006;156(1):13-18.
- 18-Burgos L., Carreño S. Comparaciones de factores de riesgo en dos poblaciones de embarazadas adolescentes nuliparas. Rev. Hosp. Mat. Inf. Ramón Sardá 1997: XVI(3):105-108.
- 19-Padilla M. Aspectos médicos y sociales de la maternidad en la adolescencia. Rev Sogia 2000; 7(1):16-25.
- 20-Escartín C., Vega M., Torres C., Manjarrez Q. Estudio comparativo de los hijos de madres adolescentes y adultas de comunidades del estado de Querétaro. Ginecol Obstet Mex. 2001;79(3):131-6.
- 21-Verdura M., Raimundo M., Fernández M., Gerometta R. Bajo peso al nacer y prematuridad en hijos de madres adolescentes en un centro maternoneonatal de la ciudad de Corrientes. Revista de Posgrado de la VIª. Cátedra de Medicina. 2011;205.
- 22-Cervantes M., Rivera M., Yescas G., Villegas R., Hernández G. Hemorragia intraventricular en recién nacidos pretérmino en una Unidad de Tercer Nivel en la Ciudad de México. Perinatol Reprod Hum 2012; 26 (1): 17-24.
- 23-Sánchez N., Nodarse A., Sanabria A., Octúzar A., Couret M., Díaz D. Morbilidad y mortalidad neonatal en pacientes con rotura prematura de membranas pretérmino. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología. 2013; 39(4)343-353.
- 24-Sánchez M., Arévalos M., Figueroa M. Atención del neonato prematuro en la UCIN. México: Editorial El Manual Moderno, 2014. p. 147.

- 25-Ayala F., Sarmiento L., Enfermedades infecciosas en ginecología y obstetricia. Bogotá: Editorial: Ediciones Uniandes-Universidad de los Andes, 2018. p. 410.
- 26-Motaze N., Mbuagbaw L., Young T. Prostaglandins before caesarean section for preventing neonatal respiratory distress. Cochrane Database Syst Rev. 2011;11(11):17-32.
- 27-Aguilar A. Cesárea electiva: repercusión en la evolución respiratoria neonatal. Ginecol Obstet Mex. 2011;79(4):206–213.
- 28-Sánchez D. Impacto de la cesárea sobre la salud materna y perinatal: revisión sistemática. [Tesis Especialista en Ginecología Obstetricia]. Bogotá: Universidad del Rosario, Facultad de Medicina, 2012.
- 29-Gomella T. Neonatología: manejo básico, procedimientos, problemas en la guardia, enfermedades, fármacos. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana. p. 801.
- 30-OMS. Baby-Friendly Hospital Initiative [base de datos en línea]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2009. [fecha de acceso abril del 2019]. Disponible en: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43593>.
- 31-Fernández R., D'Apremont I., Domínguez A., Tapia J. Supervivencia y morbilidad en recién nacidos de muy bajo peso al nacer en una Red Neonatal sudamericana. Arch Argent Pediatr. 2014;112(5):405-412.
- 32-Ávila J. Vigilancia epidemiológica de la mortalidad fetal y neonatal nacional en el Perú, 2016; 26(1):1218 – 1222.
- 33-Castro O., Salas I., Acosta F., Delgado M., Calvached J. Muy bajo y extremo bajo peso al nacer. Rev. Ped. Elsevier España. 2016;49(1):23–30.

- 34-Huda S., Chaudhery S., Ibrahim H., Pramanikc A., Neonatal necrotizing enterocolitis: Clinical challenges, pathophysiology and management. *Pathophysiology*. 2014;21(1):3–12.
- 35-Morgues M., Henríquez M., Tohá D., Vernal P., Pittaluga P., Vega S., Reyes C. Sobrevida del niño menor de 1500 g en Chile. *Rev. Chil. de Obstet. y Ginecol*. 2002; 67(2):100-115.
- 36-Rodríguez A. Guía esencial de metodología en ventilación mecánica no invasiva. Madrid: Editorial Médica Panamericana, 2010. p. 644.
- 37-Berman L., Moss R. Necrotizing enterocolitis: an update. *Semin Fetal Neonatal Med*. 2011;16(3):145-150.
- 38-Markel T., Engelstad H., Poindexter B. Predicting disease severity of necrotizing enterocolitis. How to identify infants for future novel therapies. *J Clin Neonatol*. 2014; 3(1):1-9.
- 39-Demestre X., Raspall F. Enterocolitis necrosante. Asociación Española de Pediatría. *Protocolos actualizados al año 2008*. p. 405-410.
- 40-Sarici S., Serdar M., Korkmaz A., Erdem G., Oran O., Tekinalp G., Tekinalp G., Yurdakok M., Yigit S. Incidence, course and prediction of hyperbilirrubinemia in nearterm and term newborns. *Pediatrics*. 2004;113:775-80.
- 41-Watchko J. Kernicterus and the molecular mechanism of bilirubin induced CNS injury in newborns. *Neuromolecular Med*. 2006;8(4):513-29.
- 42-Kumar S., Vishnu B. Current challenges and future perspectives in neonatal sepsis. *Pediatric Infectious Disease*. 2015;7(2):41-6.

- 43-Camacho A., Spearman P., Stoll B.. Neonatal Infectious Diseases: Evaluation of Neonatal Sepsis. *Pediatric Clinics of North America*. 2013;60(2):367-89.
- 44-Kliegman R., Stanton B., Schor N., Geme J., Behrman R. Nelson. Tratado de pediatría. Barcelona: Editorial Elsevier España, 2012. p. 4595.
- 45-Drassinower D., Friedman A., Obican S., Levin H., Gyamfi C. Prolonged latency of preterm premature rupture of membranes and risk of neonatal sepsis. *Am J Obstet Gynecol*. 2016;214(6):743-746.
- 46-Huang F., Chen H., Yang P., Lin H. Bird's Eye View of a Neonatologist: Clinical Approach to Emergency Neonatal Infection. *Pediatr Neonatol*. 2016;57(3):167-73.

# ANEXO 1

## Nota de permiso



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ**  
**Sede Coronel Oviedo**  
*Creada por Ley N° 3.198 del 4 de Mayo de 2.007*  
**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**  
**Sede Coronel Oviedo – Departamento Caaguazú**  
*Creada por Resolución CSU N° 01 del 11 de marzo de 2008*  
**DIRECCIÓN DE POSGRADO**



Encarnación, 17 de julio de 2018.-

Señor  
Dr. Juan María Martínez  
Director del Hospital Regional de Encarnación  
E. \_\_\_\_\_ S. \_\_\_\_\_ D. \_\_\_\_\_

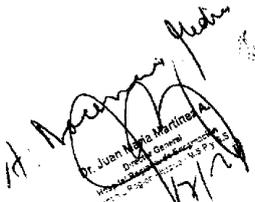
HOSPITAL REGIONAL DE ENCARNACION SECRETARIA GENERAL	
Expediente N°	1140
Firma:	Mp
Aclaración:	Norma Fernández
Fecha:	16.07.18
Hora:	10:02

Tengo el agrado de dirigirme a Ud. con el fin de solicitar la aprobación del trabajo de Investigación correspondiente al posgrado Neonatología

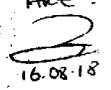
Dicho trabajo tiene como tema "CARACTERIZACION DE RECIÉN NACIDOS, HIJOS DE MADRES ADOLESCENTES EN EL HOSPITAL REGIONAL DE ENCARNACIÓN, AÑOS 2017 – 2018". Me resulta indispensable el llenado de fichas de recolección de datos de las adolescentes embarazadas que acuden para su parto al servicio de Pediatría del H.R.E., con el fin de recabar información acerca de la situación actual.

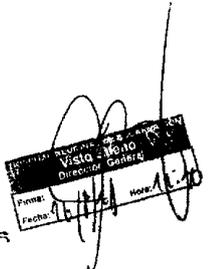
Agradeciendo una pronta y favorable respuesta a dicha solicitud, saludo a Ud. con mayor consideración.

  
Dra. Celia Araujo

  
Dr. Juan María Martínez  
Director General  
Hospital Regional de Encarnación  
27/7/18  
8:30

Aprobado por  
el Opto de Docencia  
HRE.

  
16.08.18

  
Visto - Me 10  
Director General  
Fecha: 16/07/18  
Hora: 10:02

## ANEXO 2

### Instrumento de Recolección de Datos

- **Datos de la madre**

Fecha de Nacimiento:

Edad:

- **Datos de este embarazo**

Tipo de parto:

Motivo:

- **Datos del RN**

Apgar:

Edad Gestacional:

Peso: AEG – PEG - GEG

Complicaciones: