RECIÉN NACIDO HIJO DE MADRE ADOLESCENTE: RIESGOS MATERNOS Y MORBILIDAD NEONATAL EN EL SERVICIO DE NEONATOLOGÍA DEL HOSPITAL GINECO-OBSTÉTRICO ISIDRO AYORA, JULIO - OCTUBRE 2018.

[1] Saeteros Cordero Xavier

[1]Pediatra Neonatólogo del Hospital Gineco-Obstétrico Isidro Ayora, Neonatológo de la Universidad San Francisco de Quito.

RESUMEN

Antecedentes: El embarazo en adolescentes es un problema de salud pública por las consecuencias para el binomio madre-hijo.
Objetivo: Establecer la asociación entre la incidencia de morbilidad neonatal con el embarazo en adolescentes de 14 a 19 años que acuden al servicio de obstetricia, en comparación con un grupo control de madres no adolescentes de 20 a 34 años, en el Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora, Julio a Octubre 2018.
Métodos: observacional, prospectivo, transversal. La recolección de los datos se realizó a través de un formulario de recolección de datos y analizado en el programa SPSS con intervalos de confianza del 95%.
Resultados: se encuentra mayor morbilidad neonatal en el grupo de madres adolescentes, a mayor edad gestacional mayores son los porcentajes de morbilidad neonatal; conforme la puntuación de APGAR a los 5 minutos es más elevada (8 y 9 puntos) mayores son los porcentajes de morbilidad neonatal cuando se trata de madres adolescentes frente a madres con edad comprendida entre 20 y 34 años de edad. Las dos enfermedades neonatales con mayor frecuencia en el grupo de estudio fue insuficiencia respiratoria y sepsis, encontrando que las dos patologías son mayores en madres adolescentes que residen en el área rural y que tuvieron menos de cinco controles prenatales. Independientemente del área en la que residan, los porcentajes más elevados de madres con antecedentes patológicos prenatales se registran en el caso de madres de 24 a 30 años con cinco o más controles prenatales; y en las madres adolescentes de 14 a 19 años con menos de cinco controles prenatales; es decir, que los antecedentes patológicos prenatales en casos de madres adolescentes con antecedentes patológicos, está relacionada al número de controles prenatales. Las patologías con mayor frecuencia en el grupo de fue Anemia e Infección del Tracto Urinario, encontrando que las madres que presentaron anemia, tuvieron ganancia adecuada de peso durante el embarazo con cinco o más controles prenatales el mayor porcentaje se presenta en madres de 20 a 34 años, seguido de madres adolescentes de 14 a 16 años y 17 a 19 años con 79,3% en ambos casos. Lo contrario sucede en el caso de que haya una adecuada ganancia de peso, anemia y menos de cinco controles prenatales, los mayores porcentajes se registran en las madres adolescentes de 14 a 16 y 17 a 19 años (20,7% respectivamente). Además, si se padece de anemia, se registra el 100% de ganancia inadecuada de peso en madres adolescentes de 17 a 19 años y más de cinco controles prenatales; y el 100% de ganancia inadecuada de peso en madres adolescentes de 14 a 16 años de edad con menos de cinco controles prenatales. En cuanto a la Infección del Tracto Urinario los mayores porcentajes se presentan cuando se realizaron más de cinco controles prenatales; así, las madres de 20 a 34 años con un 90,2%, seguido de las madres adolescentes de 14 a 16 y 17 a 19 años de edad con un 86,8% y 85% respectivamente. Las madres adolescentes (17 a 19 años) con menos de cinco controles prenatales registran el 15% de Infección del Tracto Urinario.
Conclusiones. Las madres adolescentes presentan mayor porcentaje de morbilidad neonatal en partos con edad gestacional igual o mayor a 37 semanas de gestación y AGPAR de 8 y 9 a los 5 minutos; además, en este grupo de edad se presenta mayor porcentaje de casos de Distrés Respiratorio y Sepsis en adolescentes que se hicieron menos de 5 controles prenatales. El mayor porcentaje de antecedentes patológicos prenatales se presenta el grupo de madres de 20 a 34 años y que se han realizado más de 5 controles prenatales.

Palabras clave: Embarazo, morbilidad, mortalidad, adolescente, neonatología

ABSTRACT

Background: Adolescent pregnancy is a public health problem due to the consequences for the mother-child binomial.
Objective: To establish the association between the incidence of neonatal morbidity and mortality with pregnancy in adolescents aged 14 to 19 who attend the obstetrics service, compared to a control group of non-adolescent mothers from 20 to 34 years of age, at Isidro Ayora Obstetrician Gynecology Hospital, July to October 2018.
Methods: observational, prospective, cross-sectional study. The data collection was done through a data collection form and analyzed in the SPSS program with 95% confidence intervals.
Results: Neonatal morbidity is higher in the group of adolescent mothers, the higher the gestational age, the higher the percentages of neonatal morbidity; As the APGAR score at 5 minutes is higher (8 and 9 points), the percentages of neonatal morbidity are higher when it comes to adolescent mothers compared to mothers between 20 and 34 years of age. The two most frequent neonatal diseases in the study group were respiratory insufficiency and sepsis, finding that the two pathologies are higher in adolescent mothers who reside in the rural area and who had less than five prenatal check-ups. Regardless of the area in which they reside, the highest percentages of mothers with prenatal medical history are recorded in the case of mothers aged 24 to 30 years with five or more prenatal check-ups; and in adolescent mothers from 14 to 19 years of age with fewer than five prenatal check-ups; that is to say, that the prenatal pathological antecedents in cases of adolescent mothers with pathological antecedents, is related to the number of prenatal controls. The pathologies most frequently in the group of was Anemia and Urinary Tract Infection, finding that mothers who had anemia, had adequate weight gain during pregnancy with five or more prenatal controls the highest percentage occurs in mothers from 20 to 34 years, followed by adolescent mothers from 14 to 16 years and 17 to 19 years with 79.3% in both cases. The opposite happens in the case that there is an adequate weight gain, anemia and less than five prenatal controls, the highest percentages are recorded in adolescent mothers from 14 to 16 and 17 to 19 years (20.7% respectively). In addition, if you suffer from anemia, 100% of inadequate weight gain is registered in adolescent mothers from 17 to 19 years of age and more than five prenatal check-ups; and 100% of inadequate weight gain in adolescent mothers from 14 to 16 years of age with less than five prenatal controls. Regarding the Urinary Tract Infection, the highest percentages occur when more than five prenatal tests were performed; Thus, mothers aged 20 to 34 years with 90.2%, followed by adolescent mothers from 14 to 16 and 17 to 19 years of age with 86.8% and 85% respectively. Adolescent mothers (17 to 19 years old) with less than five prenatal check-ups register 15% of Urinary Tract Infection. Conclusions Adolescent mothers have a higher percentage of neonatal morbidity in deliveries with gestational age equal to or greater than 37 weeks of gestation and AGPAR of 8 and 9 at 5 minutes; In addition, in this age group there is a higher percentage of cases of Respiratory Distress and Sepsis in adolescents who underwent less than 5 prenatal check-ups. The highest percentage of prenatal pathological antecedents occurs in the group of mothers from 20 to 34 years of age and who have had more than 5 prenatal check-ups

Key words: Pregnancy, morbidity, mortality, adolescent, neonatology

Correspondencia: Saeteros Cordero Xavier
Hospital Gineco-Obstétrico Isidro Ayora
dr.xaviersaeteros@hotmail.com/ +593 983090537
Rev. Ecuat. Pediatr. 2018; 19 (1) ; 18-24

INTRODUCCIÓN

Según OMS la adolescencia es una etapa que transcurre entre los 10 y 19 años, en la que existen cambios tanto en el aspecto fisiológico, estructural, anatómico, psicológico y de la personalidad, se debe considerar dividiéndola en dos periodos: la Adolescencia Temprana que va de los 10 a los 14 años, es un período en el cual los individuos presentan grandes cambios en su apariencia física, emociones y pensamientos. La Adolescencia Tardía entre los 15 y 19 años, en esta etapa usualmente, ya han tenido lugar los cambios físicos más importantes, aunque el cuerpo sigue modificándose. En la adolescencia tardía, las niñas suelen correr un mayor riesgo que los varones de sufrir consecuencias negativas para la salud, incluida la depresión, la discriminación y el abuso basados en el género magnifican estos riesgos.[1]

Las tasas de embarazo en la adolescencia están aumentando en los países en desarrollo, con una mayor incidencia de resultados maternos y perinatales adversos. El embarazo en las adolescentes es desde el punto vista médico una situación de riesgo, pues muchos de estos embarazos tienen problemas médico-sociales en las madres adolescentes, por el rechazo que hay en su entorno y la inmadurez biopsicosocial de la madre y la conjunción de estos factores incide de manera adversa tanto en la salud de la madre como en la del hijo en gestación.[2] Por lo tanto, el embarazo entre las mujeres adolescentes tiene implicaciones en la oportunidad educativa, el crecimiento de la población y la mala salud de las mujeres. Por esta razón, la prevención del matrimonio infantil y la reducción del embarazo en adolescentes ha sido durante mucho tiempo el foco de atención de varias organizaciones gubernamentales y no gubernamentales.[3] Por lo que, la reducción de la tasa de natalidad en el embarazo en adolescentes desde 1990 ha provocado una disminución de la tasa de mortalidad materna entre los adolescentes, especialmente en los países desarrollados. Varios estudios han demostrado que el alto nivel de morbilidad y mortalidad materna y perinatal se puede reducir al disminuir la alta tasa de embarazo en adolescentes en los países en desarrollo[4]. En América Latina, el embarazo en adolescentes se asocia de manera independiente con un mayor riesgo de resultados adversos del embarazo[5].

En el año 2013 en Latinoamérica se calculan alrededor de 80 nacimientos por cada 1.000 mujeres entre 15 y 19 años de edad, destacando que en Colombia, Ecuador y Venezuela más del 20% de las adolescentes son madres o están embarazadas[6], cifra que concuerda con las publicadas por el Plan Nacional de Prevención del Embarazo en Adolescentes publicado en el 2008 por el Ministerio de Salud Pública del Ecuador, ocasionando problemas y desafíos tanto para la madre como para el recién nacido, relacionados con el desconocimiento acerca de planificación familiar y salud sexual y cuidado posnatal.[7] Por lo que, el embarazo en la adolescencia es un importante problema de Salud Pública, que se asocia con una alta morbilidad y mortalidad materna e infantil y afecta el desarrollo socioeconómico de un país.[8]

Por lo tanto, el embarazo en adolescentes está relacionado con un mayor riesgo de resultados adversos del embarazo y el parto en comparación con las mujeres mayores.[9] La morbilidad y mortalidad maternas están relacionadas con trastornos hipertensivos del embarazo, infecciones, parto prematuro,[10] anemia grave, amenazas de aborto, toxemia, placenta previa, incompetencia cervical, y oligoamnios entre otras,[11] resultado que coincide con otros autores pues en un estudio realizado en Santiago de Cuba, se observa que la amenaza de parto pretérmino alcanzó una asociación altamente significativa, carácter causal y marcado riesgo relativo (RPC=3,99; IC=1,16-14,39; p=0,010) con la edad menor de 20 años en la gestante.[12] 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, existiendo 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. De las repercusiones en el recién nacido, todos los reportes internacionales coinciden en que los problemas comienzan en el útero; la desnutrición, restricción del crecimiento intrauterino, bajo peso al nacer y prematuridad serán las condiciones determinantes en la mayor morbilidad y mortalidad de éstos en relación a la población general, condiciones de importancia desde la perspectiva de la Salud Pública que se relacionan con la supervivencia, el crecimiento antropométrico y desarrollo ulterior del recién nacido, trayendo para el binomio madre hijo peores consecuencias cuando se les compara con las de madres adultas.[13]

Sin embargo, en el recién nacido el distrés respiratorio (leve- Moderado) y el Riesgo de Infección son las patologías más frecuentes,[14] como sucede en México[15] con una muestra de 2523 adolescentes las complicaciones perinatales en recién nacidos fueron del 24.3% las que se presentaron fueron: el síndrome de Distrés respiratorio, Ictericia Neonatal y Riesgo de Infección. La vaginosis bacteriana, las infecciones comunes del tracto reproductor y la respuesta inflamatoria que estas desencadenan se asocian con parto pretérmino, el bajo peso al nacer y aumentan las posibilidades de desarrollar en el neonato una sepsis neonatal precoz.[16] Por lo que es importante que la madre gestante se realice los controles prenatales para disminuir la morbimortalidad materna e infantil.[17] En un estudio poblacional de Carolina del Norte, observaron que el riesgo de muerte materna relacionada con el embarazo disminuye cinco veces entre las mujeres que reciben atención prenatal. Hay otros estudios que certifican la eficacia del control prenatal, observaron que la falta de atención prenatal, se relaciona con un aumento al más del doble de partos prematuros.[18,19] En Ecuador, en el período 1999 – 2004 apenas un 57,5 % de mujeres cumplieron con la norma del MSP de realizarse al menos cinco controles prenatales.[20]

La anemia es una de las complicaciones más frecuentes durante el embarazo (la sufren hasta en el 95% de las mujeres embarazadas) y es causada por un descenso del hierro por debajo de los valores normales. El hierro es esencial para la producción de hemoglobina, la proteína que se encuentra en los glóbulos rojos y que lleva el oxígeno a otras células. Durante el embarazo, la cantidad de sangre en el cuerpo de la mujer aumenta hasta un 50 por ciento más de lo usual. Por lo tanto, necesita más hierro con el fin de producir más hemoglobina para toda esa sangre adicional que se suministrará al bebé y a la placenta. Dentro del abordaje integral que se realiza a toda paciente que acude a control prenatal precoz se debe priorizar la detección de anemia por su conocida y elevada prevalencia.[21,22]

Las madres adolescentes tienen mayor probabilidad de presentar anemia que las madres mayores de 20 años, posiblemente debido a la incapacidad de ingerir la dieta necesaria de hierro para soportar su propio desarrollo, y las necesidades del embarazo.[23] Además que, las adolescentes más jóvenes asisten tardíamente al control prenatal, lo que podría estar asociado con las circunstancias psicosociales de la joven, reflejándose en mala nutrición, un índice de masa corporal bajo y mayores tasas de anemia.[24]

Las infecciones de vías urinarias constituyen una de las complicaciones infecciosas más habituales del embarazo y son responsables de un importante porcentaje de morbimortalidad tanto materna cuanto perinatal. Las mujeres embarazadas desarrollan de manera fácil infecciones de vías urinarias debido a cambios funcionales, hormonales y anatómicos, además de la localización del meato uretral expuesta a bacterias uro patógenas y de vagina que acceden al tracto urinario. Más de 27% de partos pretérmino tienen una asociación clínica con IVU, aunque la patogénesis de la contracción uterina aún no está clara.[25] El tratamiento adecuado de las infecciones de vías urinarias bajas requiere de un adecuado análisis de las resistencias bacterianas locales a los antibióticos, ya que esta es la principal causa de falla terapéutica. Escherichia coli es el patógeno más frecuentemente aislado en IVU durante el embarazo. La relación entre bacteriruria asintomática, parto pretérmino y peso bajo al nacimiento ha sido bien documentada.[26]

El objetivo general del presente estudio es establecer la asociación entre la incidencia de morbilidad neonatal con el embarazo en adolescentes de 14 a 19 años que acuden al servicio de obstetricia, en comparación con un grupo control de madres no adolescentes de 20 a 34 años, en el Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora, Julio a Octubre 2018.

MÉTODOS

Diseño: El presente estudio es epidemiológico, observacional, transversal. La recolección de los datos se realizó a través de un formulario el mismo fue explicado y aplicado a las madres adolescentes en el servicio de adolescencia y no adolescentes en las salas de puerperio y cuyos hijos nacieron vivos en Hospital Gineco- Obstétrico Isidro Ayora los meses de Julio - Octubre 2018, previa firma del consentimiento y el asentimiento informado. La muestra incluyó 202 madres adolescentes de 14 a 19 años del servicio de adolescencia cuyos hijos nacen vivos y 101 madres no adolescentes de la sala de puerperio cuyos hijos nacen vivos, los cuales se tomaron por orden de ingreso, en el tiempo mencionado.

Criterios de Inclusión: Todas las madres adolescentes de 14 a 16 años que ingresaron al Hospital Gineco- Obstétrico Isidro Ayora para parto normal o cesárea y tenga su recién nacido vivo durante los meses de Julio a Octubre del 2018. Todas las madres adolescentes de 17 a 19 años que ingresaron al Hospital Gineco- Obstétrico Isidro Ayora para parto normal o cesárea y tuvieron su recién nacido vivo durante los meses de Julio a Octubre del 2018. Todas las madres adolescentes de 14 a 16 años, de 17 a 19 años que ingresaron al Hospital Gineco- Obstétrico Isidro Ayora para parto normal o cesárea durante los meses de Julio a Octubre del 2018 y que firmaron el asentimiento informado y consentimiento informado por parte de sus padres o representante legal. Todas las madres no adolescentes de 20 a 34 años que ingresaron al Hospital Gineco- Obstétrico Isidro Ayora para parto normal o cesárea y tuvieron su recién nacido vivo durante los meses de Julio a Octubre del 2018. Todas las madres no adolescentes de 20 a 34 años que ingresaron al Hospital Gineco- Obstétrico Isidro Ayora para parto normal o cesárea y tuvieron su recién nacido vivo durante los meses de Julio a Octubre del 2018 y aceptaron participar en el estudio mediante la firma del consentimiento informado.

Criterios de Exclusión: Todas las madres adolescentes de 14 a 16 años que ingresaron al Hospital Gineco- Obstétrico Isidro Ayora para parto normal o cesárea y tuvieron un mortinato u óbito durante los meses de Julio a Octubre del 2018. Todas las madres adolescentes de 17 a 19 años que ingresaron al Hospital Gineco- Obstétrico Isidro Ayora para parto normal o cesárea y tuvieron un mortinato u óbito durante los meses de Julio a Octubre del 2018. Todas las madres adolescentes de 14 a 16 años, de 17 a 19 años que ingresaron al Hospital Gineco- Obstétrico Isidro Ayora para parto normal o cesárea durante los meses de Julio a Octubre del 2018 y que no firmaron el asentimiento informado y consentimiento informado por parte de sus padres o representante legal. Todas las madres no adolescentes de 20 a 34 años que ingresaron al Hospital Gineco- Obstétrico Isidro Ayora para parto normal o cesárea y tuvieron un mortinato u óbito durante los meses de Julio a Octubre del 2018. Todas las madres no adolescentes de 20 a 34 años que ingresaron al Hospital Gineco- Obstétrico Isidro Ayora para parto normal o cesárea y tuvieron su recién nacido vivo durante los meses de Julio a Octubre del 2018 y no hayan aceptado participar en el estudio mediante la firma del consentimiento informado. Todas las madres menores de 14 años y las mayores de 34 años Todos los formularios mal llenados o con datos incompletos.

Exposición y evento a determinar: Se consideró como variable de exposición a la adolescencia temprana (10-14 años), media (15-16 años) y tardía (17-19 años), mientras los eventos a determinar fueron características y morbilidades maternas, morbilidad neonatal y mortalidad neonatal.

Fuente de información: Primaria: La información fue recogida del formulario de la encuesta aplicada directamente a las madres. Secundaria: Historia clínica materna, obstétrica y neonatal, las cuales se trasladaron a plantilla en Microsoft Office Excel.
Variables maternas: Edad, estado civil, escolaridad, ocupación, ingreso mensual, toxicomanías, número de embarazos, de abortos, de partos y cesáreas, control prenatal y complicaciones durante el embarazo.
Variables en el recién nacido: Edad gestacional, peso al nacer, sexo, vía de nacimiento, calificación de Apgar, morbilidad neonatal.

Análisis estadístico: Los datos fueron luego a trasladados a SPSS para su análisis.
Se realizó inicialmente un análisis exploratorio de datos, con variables cuantitativas y cualitativas con su intervalo de confianza del 95% (IC 95%).

Consideraciones éticas. La investigación fue aprobada por el Comité de Ética institucional y careció de conflicto de intereses.

RESULTADOS

Tabla 1. Distribución de la morbilidad neonatal en relación a edad gestacional, APGAR a los 5 minutos y edad de la madre de recién nacidos vivos.

Morbilidad neonatal				Edad maternal en años cumplidos			Total	Prueba Chi - Cuadrado		
				14-16	17-19	20-34		Valor Chi Cuadrado de Pearson	Grados de Libertad	p-valor (< 0,05)
presente	edad_gestacional	>=37 semanas	n (%)	25 (75,8)	40 (81,6)	29 (64,4)	94 (74,0)	3,674	2	0,159
		< 37 semanas	n (%)	8 (24,2)	9 (18,4)	16 (35,6)	33 (26,0)			
ausente	edad_gestacional	>=37 semanas	n (%)	67 (98,5)	52 (100,0)	54 (96,4)	173 (98,3)	2,089	2	0,352
		< 37 semanas	n (%)	1 (1,5)	0 (0,0)	2 (3,6)	3 (1,7)			
presente	Apgar 5'	5,00	n (%)	0 (0,0)	1 (2,0)	0 (0,0)	1 (0,8)	5,732	8	0,677
		6,00	n (%)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (2,2)	1 (0,8)			
		7,00	n (%)	1 (3,0)	1 (2,0)	0 (0,0)	2 (1,6)			
		8,00	n (%)	7 (21,2)	15 (30,6)	11 (24,2)	33 (26,0)			
		9,00	n (%)	25 (75,8)	32(65,3)	33 (73,3)	90 (70,9)			
ausente	Apgar 5'	8,00	n (%)	6 (8,8)	5 (9,6)	6 (10,7)	17 (9,7)	2,306	4	0,680
		9,00	n (%)	62 (91,2)	47 (90,4)	49 (87,6)	158 (89,8)			
		10,00	n (%)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (1,8)	1 (0,6)			

En el presente estudio participaron 202 madres adolescentes de 14 a 19 años del servicio de adolescencia cuyos hijos nacen vivos y 101 madres no adolescentes de la sala de puerperio cuyos hijos nacen vivos, los cuales se tomaron por orden de ingreso, en el tiempo mencionado, sin pérdida de participantes. Las madres proceden tanto del área urbana como del área rural de diferentes provincias; además presentaron diferentes condiciones socioeconómicas.

En la tabla 1 se muestra la distribución de la morbilidad neonatal en relación a edad gestacional, APGAR a los 5 minutos y edad de la madre, con el análisis de la prueba del Chi-cuadrado, para todos los casos estudiados se han obtenido p valores por encima del 0,05 por lo que no se puede rechazar la hipótesis nula de la prueba Chi cuadrado y se concluye que no existe una asociación estadísticamente significativa entre la edad materna, el tiempo de gestación, morbilidad neonatal y APGAR a los 5 minutos.

Tabla 2. Distribución de Recién Nacidos con Síndrome de Distrés Respiratorio en relación a la edad gestacional, controles prenatales, la residencia materna y la edad de las madres de recién nacidos vivos.

Edad gestacional	Controles prenatales	Insuficiencia Respiratoria	residencia		Edad maternal en años cumplidos 14-16	17-19	20-34	Total	Prueba Chi - Cuadrado: Valor Chi - Cuadrado de Pearson	Grados de Libertad	p-valor (< 0,05)
>=37 semanas	>=5	presente	Urbana	n (%)	2 (40,0)	8 (57,1)	7 (43,8)	17 (48,6)	0,708	2	0,702
			rural	n (%)	3 (60,0)	6 (42,9)	9 (56,3)	18 (51,4)			
		ausente	Urbana	n (%)	38 (52,8)	27 (49,1)	30 (48,4)	95 (50,3)	0,3	2	0,861
			rural	n (%)	34 (47,2)	28 (50,9)	32 (51,6)	94 (49,7)			
	<5	Presente	Urbana	n (%)	0 (0,0)	4 (100,0)		4 (80,0)	5	1	0,025
			rural	n (%)	1 (100,0)	0 (0,0)		1 (20,0)			
		ausente	Urbana	n (%)	5 (35,7)	15 (78,9)	3 (60,0)	23 (60,5)	6,307	2	0,043
			rural	n (%)	9 (64,3)	4 (21,1)	2 (40,0)	15 (39,5)			
< 37 semanas	>=5	presente	Urbana	n (%)	1 (25,0)	3 (75,0)	9 (64,3)	13 (59,1)	2,498	2	0,287
			rural	n (%)	3 (75,0)	1 (25,0)	5 (35,7)	9 (40,9)			
		ausente	rural	n (%)	1 (100,0)	1 (100,0)	3 (100,0)	5 (100,0)			
	<5	presente	Urbana	n (%)	1 (33,3)	0 (0,0)	1 (100,0)	2 (28,6)	3,733	2	0,155
			rural	n (%)	2 (66,7)	3 (100,0)	0 (0,0)	5 (71,4)			
		ausente	Rural	n (%)	1 (100,0)	1 (100,0)		2 (100,0)			

La tabla 2 contiene información acerca de la morbilidad neonatal por causa de insuficiencia respiratoria en relación a la edad gestacional, controles prenatales, edad y residencia de la madre. Muestra que el porcentaje de morbilidad neonatal a causa de insuficiencia respiratoria es mayor en madres adolescentes que residen en el área rural y que tuvieron menos de cinco controles prenatales.

En cuanto al análisis de la prueba del Chi-cuadrado, para los casos estudiados en la Tabla 2 se han obtenido dos p valores por debajo del 0,05 por lo que se puede rechazar la hipótesis nula de la prueba Chi cuadrado, y podemos concluir que para el grupo de madres que han tenido 37 o más semanas de gestación y menos de 5 controles prenatales durante el embarazo y tanto para el grupo que ha presentado casos de insuficiencia respiratoria como para los que no, existe una asociación estadísticamente significativa entre la edad materna y la residencia de la madre.

Tabla 3. Distribución de Recién Nacidos con Sepsis en relación con la edad gestacional, controles prenatales, la residencia materna y la edad de las madres de recién nacidos vivos.

Edad gestacional	Controles prenatales	Sepsis	Residencia		Edad materna en años cumplidos 14-16	17-19	20-34	Total	Prueba Chi – Cuadrado: Valor Chi - Cuadrado de Pearson	Grados de Libertad	p-valor (< 0,05)
>=37 semanas	>=5	Presente	urbana	n(%)	3 (60,0)	2(18,2)	4 (57.1)	9 (39,1)	3,894	2	0,143
			rural	n(%)	2(40,0)	9(81,8)	3 (42,9)	14 (60,9)			
		Ausente	urbana	n(%)	37(51,4)	33(56,9)	33 (46,5)	103 (51,2)	1,388	2	0,500
			rural	n(%)	35(48,6)	25(43,1)	38 (53,5)	98 (48,8)			
	<5	Presente	urbana	n(%)	1(50,0)	2(100,0)		3 (75,0)	1,333	1	0,248
			rural	n(%)	1(50,0)	0(0,0)		1 (25,0)			
		Ausente	urbana	n(%)	4(30,8)	17(81,0)	3 (60,0)	24 (61,5)	8,549	2	0,014
			rural	n(%)	9(69,2)	4(19,0)	2 (40,0)	15 (38,5)			
< 37 semanas	>=5	Presente	urbana	n(%)	0(0,0)	1(33,3)	8 (72,7)	9 (56,3)	4,425	2	0,109
			rural	n(%)	2(100,0)	2(66,7)	3 (27,3)	7 (43,8)			
		Ausente	urbana	n(%)	1(33,3)	2(100,0)	1 (16,7)	4 (36,4)	4,518	2	0,104
			rural	n(%)	2(66,7)	0(0,0)	5 (83,3)	7 (63,6)			
	<5	Presente	urbana	n(%)	0(0,0)	0(0,0)	1 (100,0)	1 (16,7)	6	2	0,050
			rural	n(%)	3(100,0)	2(100,0)	0 (0,0)	5 (83,3)			
		Ausente	urbana	n(%)	1(100,0)	0(0,0)		1 (33,3)	3	1	0,083
			rural	n(%)	0(0,0)	2(100,0)		2 (66,7)			

En la tabla 3, se muestra el análisis de la morbilidad neonatal por causa de la sepsis en relación a la edad gestacional, controles prenatales, edad y residencia de la madre, concluyendo que el porcentaje es mayor en madres adolescentes que residen en el área rural y que tuvieron menos de cinco controles prenatales. En cuanto al análisis de la prueba del Chi-cuadrado, para todos los casos estudiados en la Tabla 3 se han obtenido dos p valores por debajo del 0,05 por lo que se puede rechazar la hipótesis nula de la prueba Chi cuadrado, y podemos concluir que para el grupo de madres que han tenido 37 o más semanas de gestación y menos de 5 controles prenatales durante el embarazo y que no han presentado casos de morbilidad neonatal por sepsis existe una asociación estadísticamente significativa entre la edad materna y la residencia de la madre; de igual manera para el grupo de madres con menos de 37 semanas de gestación, menos de 5 controles prenatales y que han presentado casos de morbilidad neonatal por sepsis existe una asociación estadísticamente significativa entre la edad materna y la residencia de la madre.

Tabla 4. Distribución de las madres que presentaron antecedentes patológicos prenatales en relación con la residencia materna, número de controles prenatales y edad de las madres de recién nacidos vivos.

Residencia	antecedentes patológicos	Controles prenatales		Edad materna en años cumplidos 14-16	17-19	20-34	Total	Prueba Chi – Cuadrado: Valor Chi - Cuadrado de Pearson	Grados de Libertad	p-valor (< 0,05)
Urbana	Presente	>=5	n(%)	33(84,6)	31(75,6)	38(92,7)	102(84,3)	4,519	2	0,104
		<5	n(%)	6(15,4)	10(24,4)	3(7,3)	19(15,7)			
	Ausente	>=5	n(%)	8(100,0)	7(43,8)	8(88,9)	23(69,7)	10,148	2	0,006
		<5	n(%)	0(0,0)	9(56,3)	1(11,1)	10(30,3)			
Rural	Presente	>=5	n(%)	30(75,0)	29(85,3)	43(95,6)	102(85,7)	7,314	2	0,026
		<5	n(%)	10(25,0)	5(14,7)	2(4,4)	17(14,3)			
	Ausente	>=5	n(%)	11(78,6)	7(70,0)	6(100,0)	24(80,0)	2,143	2	0,343
		<5	n(%)	3(21,4)	3(30,0)	0(0,0)	6(20,0)			

Fuente: hoja de encuesta Elaboración: autor

En la Tabla 4, se muestra el análisis de los casos cuyas madres presentan antecedentes patológicos prenatales, en relación con el área en la que residen, edad materna y el número de controles prenatales; se puede concluir que, en el caso de madres que presentan antecedentes patológicos, independientemente del área en la que residan, los porcentajes más elevados se registran en el caso de madres de 24 a 30 años con cinco o más controles prenatales; y en las madres adolescentes de 14 a 19 años con menos de cinco controles prenatales. Es decir que los antecedentes patológicos prenatales en casos de madres adolescentes con antecedentes patológicos, está relacionada al número de controles prenatales. Sin embargo, a mayor número de controles prenatales, mayor es el porcentaje antecedentes patológicos prenatales en madres adolescentes.

Para el análisis de la prueba del Chi-cuadrado, para todos los casos estudiados en la Tabla 4 se han obtenido un p valores por debajo del 0,05 por lo que se puede rechazar la hipótesis nula de la prueba Chi cuadrado, y podemos concluir que para el grupo de madres que residen en sectores urbanos y que no poseen antecedentes patológicos existe una asociación estadísticamente significativa entre la edad materna y el número de controles prenatales realizados, de la misma manera para el grupo de madres que residen en zonas o sectores rurales y que han tenido antecedentes patológicos existe una asociación estadísticamente significativa entre la edad materna y el número de controles prenatales realizados; en conclusión, se puede asumir que hay una estrecha relación entre la edad de la madre y el número de controles prenatales realizados durante el embarazo.

Tabla 5. Distribución de madres que presentaron Anemia en relación con la ganancia adecua de peso, controles prenatales y edad de las madres de recién nacidos vivos.

Ganancia adecuada de peso en embarazo	anemia	controles prenatales		Edad materna en años cumplidos			Total	Prueba Chi - Cuadrado		
				14-16	17-19	20-34		Valor Chi - Cuadrado de Pearson	Grados de Libertad	p-valor (< 0,05)
si	si	>=5	n(%)	23(79,3)	23(79,3)	27(96,4)	73(84,9)	4,313	2	0,116
		<5	n(%)	6(20,7)	6(20,7)	1(3,6)	13(15,1)			
	no	>=5	n(%)	54(90,0)	36(73,5)	55(93,2)	145(86,3)	9,913	2	0,007
		<5	n(%)	6(10,0)	13(26,5)	4(6,8)	23(13,7)			
no	si	>=5	n(%)	0(0,0)	3(100,0)	4(100,0)	7(87,5)	8	2	0,018
		<5	n(%)	1(100,0)	0(0,0)	0(0,0)	1(12,5)			
	no	>=5	n(%)	0(0,0)	3(75,0)	7(100,0)	10(83,3)	6,6	2	0,037
		<5	n(%)	1(100,0)	1(25,0)	0(0,0)	2(16,7)			

Fuente: hoja de encuesta Elaboración: autor

La tabla 5 muestra y analiza los casos presentados de Anemia en relación a la ganancia de peso adecuado durante el embarazo, edad materna y número de controles prenatales. En el caso de madres con ganancia adecuada de peso durante el embarazo, con cinco o más controles prenatales, pero con anemia; el mayor porcentaje se presenta en madres de 20 a 34 años, seguido de madres adolescentes de 14 a 16 años y 17 a 19 años con 79,3% en ambos casos. Lo contrario sucede en el caso de madres con adecuada ganancia de peso, anemia y menos de cinco controles prenatales, los mayores porcentajes se registran en las madres adolescentes de 14 a 16 y 17 a 19 años (20,7% respectivamente). Además, si se padece de anemia, se registra el 100% de ganancia inadecuada de peso en madres adolescentes de 17 a 19 años y más de cinco controles prenatales; y el 100% de ganancia inadecuada de peso en madres adolescentes de 14 a 16 años de edad con menos de cinco controles prenatales.

Para el análisis de la prueba del Chi-cuadrado, para los casos estudiados en la Tabla 5 se han obtenido p valores por debajo del 0,05 por lo que se puede rechazar la hipótesis nula de la prueba Chi cuadrado, y se puede concluir que, para el grupo de madres que han obtenido una ganancia de peso adecuada durante el embarazo y no han presentado cuadros de anemia, existe una asociación estadísticamente significativa entre la edad materna y el número de controles prenatales realizados, de la misma manera para el grupo de madres que no han presentado una ganancia de peso adecuado durante el embarazo y tanto para el grupo de madres que han presentado cuadros de anemia como para las que no han presentado cuadros de anemia, existe una asociación estadísticamente significativa entre la edad materna y el número de controles prenatales realizados; en conclusión se puede asumir que hay una estrecha relación entre la edad de la madre y el número de controles prenatales realizados durante el embarazo.

Tabla 6. Distribución de madres que presentaron ITU en relación con la ganancia adecua de peso, controles prenatales y edad de las madres de recién nacidos.

Ganancia adecuada de peso en embarazo	ITU	Controles prenatales		Edad materna en años cumplidos			Total	Prueba Chi - Cuadrado		
				14-16	17-19	20-34		Valor Chi - Cuadrado de Pearson	Grados de Libertad	p-valor (< 0,05)
si	Presente	>=5	n(%)	46(86,8)	34(85,0)	58(96,7)	138(90,2)	4,757	2	0,093
		<5	n(%)	7(13,2)	6(15,0)	2(3,3)	15(9,8)			
		<5	n(%)	5(13,9)	13(34,2)	3(11,1)	21(20,8)			
no	Presente	>=5	n(%)	0(0,0)	6)85,7)	8(100,0)	14(87,5)	8,163	2	0,017
		<5	n(%)	1(100,0)	1(14,3)	0(0,0)	2(12,5)			
	Ausente	>=5	n(%)	0(0,0)		3(100,0)	3(75,0)	4	1	0,046
		<5	n(%)	1(100,0)		0(0,0)	1(25,0)			

Fuente: hoja de encuesta Elaboración: autor

Finalmente, en la tabla 6 se muestra el análisis de la ganancia de peso adecuada, infecciones de tracto urinario y controles prenatales. Las madres adolescentes (17 a 19 años) con menos de cinco controles prenatales registran el 15% de infecciones de tracto urinario. Lo propio sucede en el caso de madres que alcanzaron una ganancia de peso adecuado, pero no presentan cuadro de infecciones de tracto urinario, es decir que, los mayores porcentajes se presentaron cuando se realizaron más de cinco controles prenatales se registran en madres de 20 a 34 años (88,9%), seguidos de 86,1% y 65,8% en las madres adolescentes de 14 a 16 y 17 a 19 años de edad respectivamente. En caso de que las madres no hayan alcanzado una ganancia de peso adecuada durante el embarazo el 85,7% se registra en madres adolescentes con infecciones de tracto urinario y cinco o más controles prenatales, y un 14,3% en el caso de haberse realizado menos de cinco controles prenatales.

Para el análisis de la prueba del Chi-cuadrado, para ciertos casos estudiados en la Tabla 6 se han obtenido p valor por debajo de 0,05 por lo que, se puede rechazar la hipótesis nula de la prueba Chi cuadrado, y se puede concluir que, para el grupo de madres que han obtenido una ganancia de peso adecuada durante el embarazo y no han presentado cuadros de infecciones del tracto urinario, existe una asociación estadísticamente significativa entre la edad materna y el número de controles prenatales realizados, de la misma manera para el grupo de madres que no han presentado una ganancia de peso adecuado durante el embarazo y tanto para el grupo de madres que han presentado cuadros de infecciones de tracto urinario como para las que no han presentado, existe una asociación estadísticamente significativa entre la edad materna y el número de controles prenatales realizados; en conclusión, se puede asumir que hay una estrecha relación entre la edad de la madre y el número de controles prenatales realizados durante el embarazo.

DISCUSIÓN

En esta investigación se incluyeron 303 recién nacidos vivos y sus madres, 101 hijos de madres adolescentes entre 14 a 16 años, 101 adolescentes comprendidas entre las edades de 17 a 19 años y 101 neonatos hijos de madres adultas comprendidas entre 20 a 34 años de edad; el 48,84 % fueron de sexo femenino y la mayoría fueron de etnia mestiza (99,01%).
Este estudio permite determinar en la tabla 1 que a mayor edad gestacional y APGAR de 8 y 9 mayores son los porcentajes de morbilidad neonatal en madres adolescentes, existiendo una divergencia con la normativa en la que se indica que una edad gestacional mayor a 37 semanas y un APGAR mayor de 8 es un factor protector; sin embargo, se puede mencionar que podría estar relacionado con un control prenatal inadecuado o un tratamiento no apropiado del recién nacido. Independientemente del nivel social del que proceda la adolescente embarazada, la asistencia al control prenatal se inicia cuando la situación del entorno familiar empieza a estabilizarse, lo que generalmente ocurre de la mitad del embarazo hacia adelante. El que la adolescente reciba tardíamente una adecuada atención médica, es un factor que agrava aún más, la condición de riesgo durante la gestación, la cual en sí misma ya se encuentra comprometida.
En los casos estudiados en la Tabla 1 se han obtenido p – valores por encima del 0,05, concluyendo que no existe una asociación estadísticamente significativa entre la edad materna y el tiempo de gestación, siendo diferente los resultados encontrados en comparación con el mayor porcentaje de estudios internacionales en el que manifiestan que la gestación en la madre adolescente es una variable de riesgo obstétrico y neonatal que aumenta la probabilidad de tener hijos prematuros y de bajo peso al nacer.

En la tabla 2 se observó que el porcentaje de morbilidad neonatal a causa de insuficiencia respiratoria es mayor en madres adolescentes que residen en el área rural y que tuvieron menos de cinco controles prenatales; pudiendo deberse a que la adolescente se encuentra en un proceso de desarrollo fisiológico, estructural, anatómico, psicológico y de la personalidad, mas, el impacto personal y familiar lo cual retrasa la asistencia a los controles prenatales limitando la identificación temprana de factores de riesgo o patologías prenatales que puedan desencadenar en una insuficiencia respiratoria del recién nacido, tales como prematurez, retardo del crecimiento intrauterino, sufrimiento fetal agudo, etc. La residencia rural de la madre es un factor contributivo en este grupo etario, ya que a mas del impacto biopsicosocial puede estar asociado a la dificultad en la accesibili-

dad a las diferentes unidades de salud, sea por la distancia o falta de recursos económicos. Además, la falta de especialistas en el primer nivel de atención, o el número insuficiente en el segundo nivel de atención para cubrir la demanda para el control prenatal integral por lo menos por dos ocasiones según la normativa en embarazos de bajo riesgo.

En cuanto al análisis de la prueba del Chi-cuadrado, para los casos estudiados en la Tabla 2 se han obtenido dos p valores por debajo del 0,05 pudiendo concluir que para el grupo de madres que han tenido 37 o más semanas de gestación y menos de 5 controles prenatales durante el embarazo y tanto para el grupo que ha presentado casos de insuficiencia respiratoria como para los que no, existe una asociación estadísticamente significativa entre la edad materna y la residencia de la madre.
En la tabla 3 se mostró que, el porcentaje de morbilidad neonatal a causa de la sepsis es mayor en madres adolescentes que residen en el área rural y que tuvieron menos de cinco controles prenatales. La madre adolescente por su inmadurez emocional y el impacto familiar limita o retrasa la asistencia a los controles prenatales constituye un factor contributivo para la aparición de sepsis en el recién nacido, debido a falta de diagnóstico y/o manejo inadecuado de patologías prenatales tales como infección del tracto urinario, vaginosis, ruptura prematura de membranas, prematurez, entre otras, que son predisponentes a la aparición de sepsis. La residencia rural de la madre es un factor contributivo en este grupo etario, ya que a más del impacto biopsicosocial puede estar asociado a la dificultad en la accesibilidad a las diferentes unidades de salud, sea por la distancia o falta de recursos económicos. Además, la falta de especialistas en el primer nivel de atención, o el número insuficiente en el segundo nivel de atención para cubrir la demanda para el control prenatal integral por lo menos por dos ocasiones según la normativa del Ministerio de Salud Pública en embarazos de bajo riesgo.

En cuanto al análisis de la prueba del Chi-cuadrado, para todos los casos estudiados en la Tabla 3 se han obtenido dos p valor por debajo del 0,05 pudiendo concluir que para el grupo de madres que han tenido 37 o más semanas de gestación y menos de 5 controles prenatales durante el embarazo y que no han presentado casos de morbilidad neonatal por sepsis existe una asociación estadísticamente significativa entre la edad materna y la residencia de la madre.

De igual manera para el grupo de madres con menos de 37 semanas de gestación, menos de 5 controles prenatales y que han presentado casos de morbilidad neonatal por sepsis existe una asociación estadísticamente significativa entre la edad materna y la residencia de la madre, considerando que el neonato de menos de 37 semanas de gestación de madre que se ha realizado menos de 5 controles prenatales constituye un factor contributivo. Se recalca la importancia del control prenatal adecuado y oportuno con el cumplimiento de todas las Guías de Práctica Clínica por parte del personal de salud.

En la tabla 4 se mostró que las madres de 20 a 34 años y se han realizado más de 5 controles prenatales y que viven en el área rural, presentan el mayor porcentaje de antecedentes patológicos prenatales, lo que nos permite identificar que a pesar de no tener un factor de riesgo por edad, de haber realizado mas de 5 controles prenatales presentan mayor porcentaje de antecedentes patológicos prenatales que puede estar relacionado con controles prenatales sin cumplimiento de la normativa que no permite el diagnostico temprano o a su vez un tratamiento inadecuado por desconocimiento del medico general o por falta de especialistas; concluyendo en el presente estudio que a mayor número de controles prenatales, mayor es el porcentaje antecedentes patológicos prenatales.

Para el análisis de la prueba del Chi-cuadrado, para todos los casos estudiados en la Tabla 4 se han obtenido un p valores por debajo del 0,05 pudiendo concluir que para el grupo de madres que residen en sectores urbanos y que no poseen antecedentes patológicos existe una asociación estadísticamente significativa entre la edad materna y el número de controles prenatales realizados, debido a la edad materna y la capacidad propia de decisión lo cual permite la mayor asistencia a los controles prenatales, a esto sumado las campañas educomunicacionales que son mayores en el área urbana. Además de la facilidad en la accesibilidad a unidades de salud de mayor complejidad. De la misma manera para el grupo de madres que residen en zonas o sectores rurales y que han tenido antecedentes patológicos existe una asociación estadísticamente significativa entre la edad materna y el número de controles prenatales realizados; en conclusión, se puede asumir que hay una estrecha relación entre la edad de la madre y el número de controles prenatales realizados durante el embarazo. Probablemente asociado a la dificultad en la accesibilidad a los servicios de salud, un deficiente sistema de referencia y contra referencia para el seguimiento por parte de los especialistas en el caso de madres con riesgo moderado y alto lo que dificulta un manejo oportuno y/o adecuado de la patología.

En la tabla 5 se mostró que el mayor porcentaje de madres que han presentado anemia con una ganancia adecuada de peso, con cinco o más controles son las madres de 20 a 34 años, pudiendo considerar nuevamente que los controles prenatales no son de calidad, para que puedan identificarse de manera oportuna la presencia de anemia y el tratamiento de acuerdo a las Guías de Práctica Clínica, lo que puede a su vez llevar a complicaciones en el producto. Las madres adolescentes que presentan anemia han tenido una adecuada ganancia de peso y menos de cinco controles prenatales. Identificando a este grupo etario como un grupo de riesgo que por su condición biopsicosocial no acude a los controles prenatales, también es importante hacer énfasis a la identificación de las mismas y mapeo por parte de las unidades de salud de primer nivel de atención para que se pueda garantizar una atención oportuna y de calidad, para el diagnóstico oportuno y tratamiento adecuado de la anemia. Para el análisis de la prueba del Chi-cuadrado, para los casos estudiados en la Tabla 5 se han obtenido p valores por debajo del 0,05 concluyendo que, para el grupo de madres que han obtenido una ganancia de peso adecuada durante el embarazo y no han presentado cuadros de anemia, existe una asociación estadísticamente significativa entre la edad materna y el número de controles prenatales realizados. Demostrando la importancia del cumplimiento de al menos los 5 controles prenatales, cumpliendo las normas y protocolos. De la misma manera para el grupo de madres que no han presentado una ganancia de peso adecuado durante el embarazo y tanto para el grupo de madres que han presentado cuadros de anemia como para las que no han presentado, existe una asociación estadísticamente significativa entre la edad materna y el número de controles prenatales realizados; en conclusión, se puede asumir que hay una estrecha relación entre la edad de la madre y el número de controles prenatales realizados durante el embarazo.

En la tabla 6 se mostró que el mayor porcentaje de ITU se presentan cuando se realizaron más de cinco controles prenatales y en madres de 20 a 34 años con ganancia adecuada de peso, evidenciándose nuevamente que a pesar de ser madres sin factor de riesgo por edad y haberse realizado mas de 5 controles prenatales, presentan ITU, lo cual se puede considerar que los controles prena-

tales de baja calidad, numero deficiente de especialistas para cubrir la demanda, historia clínica que no cumple estándares de calidad. El Ministerio de Salud Publica no cuenta con campañas educomunicacionales sobre esta patología pese a estar dentro de las 5 primeras causas de morbilidad. De igual manera las adolescentes que registran ITU se han realizado mas de cinco controles prenatales.

Para el análisis de la prueba del Chi-cuadrado, para ciertos casos estudiados en la Tabla 6 se han obtenido p valores por debajo de 0,05 concluyendo que, para el grupo de madres que han obtenido una ganancia de peso adecuada durante el embarazo y no han presentado cuadros de infecciones del tracto urinario, existe una asociación estadísticamente significativa entre la edad materna y el número de controles prenatales realizados, de la misma manera para el grupo de madres que no han presentado una ganancia de peso adecuado durante el embarazo y tanto para el grupo de madres que han presentado cuadros de ITU como para las que no han presentado cuadros de ITU, existe una asociación estadísticamente significativa entre la edad materna y el número de controles prenatales realizados; en conclusión se puede asumir que hay una estrecha relación entre la edad de la madre y el número de controles prenatales realizados durante el embarazo.

Durante el desarrollo del presente trabajo no se presentaron limitaciones en ninguna etapa.

CONCLUSIÓN

Las madres adolescentes presentaron mayor porcentaje de morbilidad neonatal en partos con edad gestacional igual o mayor a 37 semanas de gestación y AGPAR 8 y 9 a los 5 minutos; además, en este grupo de edad se presenta mayor porcentaje de casos de insuficiencia respiratoria y sepsis en adolescentes que se hicieron menos de 5 controles prenatales. El mayor porcentaje de antecedentes patológicos prenatales se presenta el grupo de madres de 20 a 34 años y que se han realizado más de 5 controles prenatales.

BIBLIOGRAFÍA

1. MSP. Plan Andino de Prevención de Embarazo En Adolescentes [Andean Plan for Adolescent Pregnancy Prevention]. Quito: Ministerio de Salud Pública; 2007.

2. Patton GC, Coffey C, Cappa C, Currie D, Riley L, Gore F, Degenhardt L, Richardson D, Astone N, Sangowawa AO, Mokdad A, Ferguson J. Health of the world's adolescents: a synthesis of internationally comparable data. Lancet. 2012;379:1665–75

3. Bearinger LH, Sieving RE, Ferguson J, Sharma V. Global perspectives on the sexual and reproductive health of adolescents: patterns, prevention, and potential. Lancet. 2007;369:1220–31.

4. Nove A, Matthews Z, Neal S, Camacho AV. Maternal mortality in adolescents compared with women of other ages: evidence from 144 countries. Lancet Glob Health. 2014;2(3):e155–e64

5. Conde A, Belizan J. Maternal-perinatal morbidity and mortality associated with adolescent pregnancy in Latin America: Cross-sectional study. American Journal of Obstetrics and gynecology, February 2005, Volume 192, Issue 2, Pages 342–349

6. Neal S, Mahendra S, Bose K, Camacho AV, Mathai M, Nove A, Santana F, Matthews, Z. The causes of maternal mortality in adolescents in low and middle income countries: a systematic review of the literature. BMC Pregnancy Childbirth. 2016 Nov 11;16(1):352.

7. Althabe F, Moore JL, Gibbons L, Berrueta M, Goudar SS, Chomba E, et al. Adverse maternal and perinatal outcomes in adolescent pregnancies: The Global Network's Maternal Newborn Health Registry study. Reproductive Health. 2015;22-35

8. Conde-Agudelo A, Belizán JM, Lammers C. Maternal-perinatal morbidity and mortality associated with adolescent pregnancy in Latin America: cross-sectional study. Am J Obstet Gynecol. 2005;192(2):342–9

9. Chandra-Mouli V, Svanemyr J, Amin A, Fogstad H, Say L, Girard F, Temmerman M: Twenty Years After International Conference on Population and Development: Where Are We With Adolescent Sexual and Reproductive Health and Rights?J Adolesc Heal. 2015;56:1–6.

10. Ganchimeg T, Ota E, Morisaki N, Laopaiboon M, Lumbiganon P, Zhang J, et al. Pregnancy and childbirth outcomes among adolescent mothers: a World Health Organization multicountry study. BJOG. 2014;121(Suppl 1):40–8

11. Loredo-Abdalá A, Vargas-Campuzano E, Casas-Muñoz A, González-Corona J, Gutiérrez-Leyva CJ. [Adolescent pregnancy: its causes and repercussions in the dyad]. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2017 Mar-Apr;55(2):223-229.

12. Tough S, Benzies K, Fraser-Lee N, Newburn-Cook C. Factors influencing childbearing decisions and knowledge of perinatal risks among Canadian men and women. Matern Child Health J. 2007;11(2):189–98

13. Klein JD; American Academy of Pediatrics Committee on Adolescence. Adolescent pregnancy: current trends and issues. Pediatrics. 2005 Jul;116(1):281-6.

14. Ganchimeg T, Ota E, Morisaki N, Laopaiboon M, Lumbiganon P, Zhang J, Yamdamsuren B, Temmerman M, Say L, Tunçalp Ö, Vogel J, Souza J, Mori R. Pregnancy and childbirth outcomes among adolescent mothers: a World Health Organization multicountry study. BJOG An Int J Obstet Gynaecol. 2014;121:40–8

15. Noemi EL Pregnancy in Mexican adolescents, redefining experiences, Sexuality, reproductive health and public policies: the voices of adolescents. LAMBERT Academic Publishing, Saarbrücken, Germany,2011; pp 291

16. Urgellés Carrera SA, Reyes Guerrero E, Figueroa Mendoza M, Batán Bermúdez Y. Sexual behavior and induced abortion in adolescents and young people of higher education schools. RevCubObstet Gin, Mar 2014; 16-21.

17. Zampieri MFM, Garcia ORZ, Boehs AE, Verdi M. Nursing in Primary Health Care for Women, importance of prenatal controls . Pediatrics Jun 2005,30-39.

18. Hill K et al. How should we measure maternal mortality in the developing world? A comparison of household deaths and sibling history approaches. Bull World Health Organ..2006;84:173–180.

19. WHO, UNICEF, UNFPA, and the World Bank, Trends in maternal Mortality: 1990 to 2013, WHO, Geneva, 2014 disponible en https://www.who.int/reproductivehealth/publications/monitoring/maternal-mortality-2013/en/

20. Sánchez-Gómez A, Cevallos W, Grijalva MJ, Silva-Ayçaguer LC, Tamayo S, Jacobson JO, Costales JA, Jiménez-Garcia R, Hernández-Barrera V, Serruya S, Riera C. [Social factors associated with use of prenatal care in Ecuador]. Rev Panam Salud Publica. 2016 Nov;40(5):341-346.

21. Pinho-Pompeu M, Surita FG, Pastore DA, Paulino DSM, Pinto E Silva JL. Anemia in pregnant adolescents: impact of treatment on perinatal outcomes. J Matern Fetal Neonatal Med. 2017 May;30(10):1158-1162.

22. Dika H, Masawe E, Iddi S, Rumanyika R. Plasma hemoglobin concentration among pregnant and non-pregnant women in Mwanza: are we using correct reference values to diagnose anemia in pregnancy? Pan Afr Med J. 2018 May 31;30:93.

23. Vienne C, Creveuil C, Dreyfus M. Does young maternal age increase the risk of adverse obstetric, fetal and neonatal outcomes: a cohort study. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2009;147:151-6.

24. Rivas-Perdomo E, Álvarez R, Mejía G. Evaluación nutricional en un gr upo de adolescentes embarazadas en Cartagena, Colombia. Estudio de corte transversal. Rev Colomb Obstet Ginecol 2005;56:281-7.

25. Hernández Blas Fernanda, López Carmona Juan Manuel, Rodríguez Moctezuma José Raymundo, Peralta Pedrero María Luisa, Rodríguez Gutiérrez Román Salvador, Ortiz Aguirre Alma Rosa. Frequency of asymptomatic bacteriuria in pregnant women and in vitro antimicrobial sensitivity of uropathogens. Ginecol Obstet Mex 2007;25:13-21

26. Schnarr J, Smaill F. Asymptomatic bacteriuria and symptomatic urinary tract infection in pregnancy. Eur J Clin Invest 2008; 38 (Suppl. 2):