

**REPUBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
MINISTERIO DE SALUD
COLEGIO DE MEDICOS DEL ESTADO TRUJILLO
DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA
COORDINACION DE POSTGRADO
ESPECIALIDAD PEDIATRIA MÉDICA Y PUERICULTURA**

**MORBIMORTALIDAD EN RECIEN NACIDOS DE MADRES
ADOLESCENTES EN EL SERVICIO DE NEONATOLOGIA
Y RETEN GENERAL HOSPITAL CENTRAL
“DR.PEDRO EMILIO CARRILLO”
DE ENERO A DICIEMBRE DEL 2005**

TRABAJO ESPECIAL DE GRADO PRESENTADO EN LA COMISION DE
POSTGRADO PARA OPTAR POR EL RECONOCIMIENTO DE
ESPECIALISTA DE PUERICULTURA Y PEDIATRIA.

AUTORA: DRA OLGA L.ARIAS B.

TUTOR:

DR. JOSE GREGORIO SALAS.

TUTOR METODOLOGICO:

DR.JOSE GREGORIO SALAS.

INDICE

	PAGINA
LISTA DE CUADROS.....	v
LISTA DE GRAFICOS.....	vii
RESUMEN.....	ix
ABSTRACT.....	X
INTRODUCCION.....	11
CAPITULO I. EL PROBLEMA.....	14
Planteamiento del problema.....	14
Objetivos de la investigación.....	17
Sistema de variables.....	17
Justificación de la investigación.....	18
CAPITULO II. MARCO TEORICO.....	19
Antecedentes de la investigación.....	19
Bases teóricas.....	22
CAPITULO III. MARCO METODOLOGICO.....	43
Tipo de investigación.....	43
Diseño de la investigación.....	43
Población del estudio.....	44
Técnica e instrumentos de recolección de datos.....	44
CAPITULO IV. ANALISIS Y DISCUSION DE LOS RESULTADOS...	45
Análisis y discusión de los resultados.....	77
CAPITULO V.....	80
Conclusiones.....	80
Recomendaciones.....	81
BIBLIOGRAFIA.....	84
ANEXOS.	

LISTA DE CUADROS

CUADRO	DESCRIPCION	PÁGINA
1	Nº DE NACÍMIENTOS SEGÚN EDAD MATERNA	45
2	MADRES ADOLESCENTES SEGÚN CONTROL PRENATAL.	47
3	INDICACION DE CESAREA EN MADRE ADOLESCENTE	49
4	MORBILIDAD DE MADRES ADOLESCENTES	51
5	RECIEN NACIDOS VIVOS SEGÚN LA PROCEDENCIA MATERNA.	53
6	RECIEN NACIDOS SEGÚN SU ESTADO NUTRICIONAL	55
7	RECIEN NACIDOS SEGÚN SU PESO	57
8	RECIEN NACIDOS SEGÚN SU EDAD GESTACIONAL	59
9	RECIEN NACIDOS SEGÚN LA MORBILIDAD	61
10	MUERTES NEONATALES SEGÚN APGAR AL MINUTO Y 5 MINUTOS	63
11	MORTALIDAD NEONATAL SEGUN ESTANCIA HOSPITALARIA	65
12	MORTALIDAD NEONATAL DE RECIEN NACIDOS SEGÚN LAS CAUSAS	67
13	RELACION DE EDAD GESTACIONAL CON MORTALIDAD GESTACIONAL EN RECIEN NACIDO DE MADRE ADOLESCENTE SEGÚN LAS CAUSAS.	69

LISTA DE CUADROS

CUADRO	DESCRIPCION	PÁGINA
14	MUERTES NEONATALES SEGÚN SEXO HIJOS DE MADRES ADOLESCENTES	71
15	MORTALIDAD NEONATAL SEGÚN EDAD MATERNA	73
16	NACIMIENTO SEGÚN MATERNA	75

www.bdigital.ula.ve

LISTA DE GRAFICOS

CUADRO	DESCRIPCION	PÁGINA
1	Nº DE NACÍMIENTOS SEGÚN EDAD MATERNA	46
2	MADRES ADOLESCENTES SEGÚN CONTROL PRENATAL.	48
3	INDICACION DE CESAREA EN MADRE ADOLESCENTE	50
4	MORBILIDAD DE MADRES ADOLESCENTES	52
5	RECIEN NACIDOS VIVOS SEGÚN LA PROCEDENCIA MATERNA.	54
6	RECIEN NACIDOS SEGÚN SU ESTADO NUTRICIONAL	56
7	RECIEN NACIDOS SEGÚN SU PESO	58
8	RECIEN NACIDOS SEGÚN SU EDAD GESTACIONAL	60
9	RECIEN NACIDOS SEGÚN LA MORBILIDAD	62
10	MUERTES NEONATALES SEGÚN APGAR AL MINUTO Y 5 MINUTOS	64
11	MORTALIDAD NEONATAL SEGUN ESTANCIA HOSPITALARIA	66
12	MORTALIDAD NEONATAL DE RECIEN NACIDOS SEGÚN LAS CAUSAS	68

LISTA DE GRAFICOS

CUADRO	DESCRIPCION	PÁGINA
13	RELACION DE EDAD GESTACIONAL CON MORTALIDAD GESTACIONAL EN RECIEN NACIDO DE MADRE ADOLESCENTE SEGÚN LAS CAUSAS.	70
14	MUERTES NEONATALES SEGÚN SEXO HIJOS DE MADRES ADOLESCENTES	72
15	MORTALIDAD NEONATAL SEGÚN EDAD MATERNA	74
16	NACIMIENTO SEGÚN MATERNA	76

www.bdigital.ula.ve

**Arias B.Olga, MORBIMORTALIDAD EN RECIEN NACIDOS
DE MADRES ADOLESCENTES EN EL SERVICIO DE NEONATOLOGIA
Y RETEN GENERAL HOSPITAL CENTRAL “DR. PEDRO EMILIO
CARRILLO”, POSTGRADO DE PUERICULTURA Y PEDIATRIA, ESTADO
TRUJILLO.**

RESUMEN

Se realizo un estudio descriptivo de corte transversal con el propósito de determinar las causas de morbilidad y mortalidad en el recién nacido de madre adolescente en el Hospital Central de Valera en el periodo de Enero a Diciembre 2005, en el servicio de Neonatología. El periodo de trabajo abarco desde el Enero a Diciembre 2005, en el Hospital “Dr. Pedro Emilio Carrillo”. El universo de estudio se conformo con los nacidos vivos hijos de madres adolescentes embarazadas de menos de 20 años de edad. En el periodo estudiado ocurrieron 644 nacidos vivos hijos de madres adolescentes, entre 17y 19 años en adolescencia tardía, que representaron el 64.3% obtenidos por Cesárea segmentaria por desproporción cefalopelvica 26% (110 casos), seguido de útero cicatricial representa el 20%. La Morbilidad materna que predominó fue la anemia que representa el 54% .El 79%, procedían del medio rural, el 60% no realizaron control prenatal: Según la edad gestacional, estado nutricional, peso, predominando: RNAT, PEG, BP, con porcentaje de 89.4%, 75%, 71.8%,respectivamente.La morbilidad predominante en los recién nacidos fue la asfixia perinatal 18% ,la mortalidad neonatal que predomino fue la temprana con el 70%, con un puntaje Apgar de 3 puntos al minuto y 5 puntos a los 5 minutos, 51%. Como principal de mortalidad en los recién nacidos, fue la sepsis neonatal que representa el 41%.El 70% de las muertes neonatales se presentaron en los RNPT predominando el sexo masculino.

Palabras clave:

Embarazo, adolescencia, recién nacido.

Arias B.Olga,MORBI MOTALITY in newly Born of adolescent Mothers in the Service Of Neonatologia And Retain Power Station ,postgrado de Puericulture and Pediatrics of Central Hospital Valera ,Departament of pediatrics ,State Trujillo.

ABSTRAC

There am she was carried out to descriptive study of traverse corut qith the purpose of determining the morbidity causes and mortality inteh newly born of adolescent mother in the Central Hospital Valera in the period January to December of the year 2005,General Hospital

“Dr .Pedro Emilio Carrillo”. The study universe conformed to with the “alive born” children the mother pregnant adolescents of less than 20 years of age. In the studied period they happened 644 births alive children of adolescent mother among 17-19 years in the adolescents that you the represented 64,3 %,obtained by beast cesarean operation it would segment for disproportion pelvica cefalo 26%,(110 marry) followed by cicatricial uterus it represents 20% .Mternal Mobidity that prevailed the anemia that represents 54% ; was 79, they came from the rural area ;60% they didn't carry out prenatal control.Accordingto the age gestacional,nutritional state,l weigh prevailing :RNAT,PEG,BP ,with pocentage of 89,4% ,75% ,71,8 %,respectively.Predominant Morbilidad in the newly born ones the asphyxia perinative 18% .The mortality neonatal that prevailed was it was the early one with 70% with to punted Apgar of 3 punts to the minute and 5 points to the minute ,51% . Ace main causes of mortality in the newly born ones ,the sepsis neonatal that represents 41 %,70% of the deaths neonatal was they showed up RNPT, prevailing the masculine sex .

Words key: adolescent pregnancy, newly born.

INTRODUCCION

El embarazo en la adolescencia es un impacto de considerable magnitud en la vida de los jóvenes, en su salud, en la de su hijo, su pareja, su familia, ambiente, la comunidad en su conjunto.

Gerendas y E.Sileo(1992) "Asumir la maternidad durante el proceso de crecimiento biológico, psicológico, social, vivirla en el momento en que se deben resolver los propios conflictos, antes de haber logrado la propia identidad personal la madurez emocional , genera gran ansiedad, incertidumbre e interferencia con el logro de la madurez biopsicosocial"

Barrera (1996), indica que desde el punto de vista psicosocial, se presenta lo que se ha dado en llamar el Síndrome del fracaso de la adolescente embarazada, dentro del cual se incluye lo siguiente: Fracaso de la específica función de la adolescencia, o sea, el logro de la propia identidad; Fracaso en la continuación de sus estudios; Fracaso para construir una familia estable; para llegar a sostenerse a sí misma, puesto que casi siempre tienen que continuar bajo la dependencia de sus padres; Fracaso potencial de lograr hijos sanos (Prematuridad). , recién nacidos de alto riesgo perinatal, y la inmadurez e insuficiente preparación para la adecuada crianza de sus hijos.

No obstante durante el paso de la niñez a la adolescencia, el ser humano experimenta transformaciones de gran significación por lo cual, este representa un periodo crucial en su evolución biológica y psicológica, además de suponer una modificación sustancial en su relación con el medio ambiente. En lo biológico, se observa un descenso en la edad de la menarquía lo que favorece a los adolescentes a ser madres en edades muy precoces.

El adelanto de la menarquía es un factor biológico que se acompaña de actitudes y de comportamientos hacia el sexo opuesto, que puede conducir a un ejercicio temprano de la sexualidad.

La madurez sicosocial, en cambio, tiende a desplazarse hacia edades más avanzadas, debido al largo proceso de preparación que requiere una adolescente para llegar a ser independiente.

Los recién nacidos de madres adolescentes nacen en condiciones socioeconómicas y culturales más desfavorables que los recién Nacidos de madres adultas, pues sus madres presentan asociación significativa con: menor escolaridad, alta dependencia económica, situación conyugal inestable y viven en zona social y económicamente deprimida. Además, presentan una talla y peso materno promedio menor que las adultas lo que condiciona a que sus recién nacidos tengan peso, talla y perímetro cefálico promedio menor a los recién nacidos de madres adultas.

El hijo de madre adolescente tiene en general mayores riesgos que de madres mayores de más de 20 años, este riesgo se expresa en mayor frecuencia de morbilidad en el periodo perinatal y posteriormente mayor probabilidad de desnutrición y retardo de desarrollo sicomotor, tasas más altas de mortalidad en infancia y mayor riesgo de negligencia y maltrato.

La mortalidad perinatal, es un indicador que permite evaluar la calidad de la atención materno infantil, en un sistema de salud regional, institucional y nacional, a través de sus diferentes niveles de atención médica, identificando los factores contribuyentes y ubicando desde un punto de vista general, la salud de una población.

Segesmond Peller se designa como periodo perinatal aquel periodo comprendido entre la vigésima semana de gestación y el vigésimo octavo día de vida extrauterina, posteriormente.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), propone su uso para fines de estandarización internacional en la forma de periodo perinatal, dividiéndolo en dos periodos perinatal I, para el lapso de la semana 28 de gestación hasta el día 7 de vida extrauterina; y el periodo perinatal II al tiempo comprendido de la semana 20 al día 28 de vida extrauterina, incluyendo de este modo al periodo perinatal I.

De lo anteriormente expuesto, se realizó un estudio descriptivo de corte transversal con el propósito de determinar la morbilidad y mortalidad del recién nacido de madre adolescente. El periodo de trabajo abarco desde el mes de Enero a Diciembre de 2005, en el Hospital “Dr. Pedro Emilio Carrillo”. El universo de estudio se conformó con los “nacidos vivos” hijos de madres embarazadas de menos de 20 años.

De esta manera se estructuro la investigación en los siguientes capítulos: Capitulo I: él se describe el planteamiento del problema , su formulación, los objetivos generales ,específicos así también la justificación y delimitación de la investigación.

El capítulo II presenta los antecedentes de la investigación, bases teóricas que sustentan la investigación, y sistemas de variables. El capítulo III presenta el tipo y el método de la investigación, la población en estudio y las técnicas utilizadas para el análisis y recolección.

www.bdigital.ula.ve

CAPITULO I

EL PROBLEMA

Planteamiento del problema:

La problemática del embarazo en la mujer joven es una realidad que forma parte del presente y es común en los países con características de subdesarrollo, sin que pueda excluirse a las sociedades desarrolladas; esto constituye un problema universal, pues de acuerdo con el Centro de Información sobre Fecundidad de Washington (citado por Paz, C: 2005) tres millones de adolescentes paren anualmente en el mundo. Así mismo, cita que el embarazo en las adolescentes acarrea, entre otros problemas: alto riesgo obstétrico incremento del aborto y sus secuelas, aumento de la morbilidad y mortalidad perinatal como la materno-infantil.

Por otra parte, la maternidad en las adolescentes implica un riesgo para su salud y la del producto desde que comienza a gestarse, pues casi siempre son embarazos no deseados u ocultos, impidiendo que reciban a tiempo una adecuada atención prenatal; provocando un aumento en la morbilidad de las embarazadas. Según , Fernández (2002 “los riesgos pueden ser de índole hipertensiva, anemia sepsis urinaria, entre otras” (36), problemas que pueden desencadenar la necesidad de inducir la labor de parto o cesárea.

Para Barrera (2001), el embarazo en la adolescencia constituye un problema social, económico y de salud pública de considerable magnitud, que últimamente se ha expandido considerablemente en nuestro país. Informe estadístico obtenido con fecha 16/10/2006 revela, según la Organización Mundial de la Salud, que Venezuela es el país de Suramérica con mayor tasa de adolescentes embarazadas, 98 por cada mil entre 15 y 19 años de edad, acotando que la población adolescente en el país constituye el 25% del total, de los cuales el 50% son mujeres.

Respecto al estado Trujillo, estadísticas de FUNDASALUD reportan en los últimos cuatro años aproximadamente 120350 casos de embarazos, de los cuales el 15% fueron en adolescentes.

Respecto a las complicaciones biológicas más importantes que se pueden presentar en el feto de gestantes adolescentes Bortman (citado por Correa (1990) plantea el peso al nacer y expone que “la adolescencia es una etapa que aporta gran cantidad de neonatos con bajo peso “(65),neonatos que están predispuestos a sufrir con mayor frecuencia morbilidades simples o complicadas que lo lleven a la muerte antes del año. Esto lo confirma el informe aportado por la Save the Children (2004), quien dice que “miles de madres jóvenes menores de 20 años mueren anualmente y sus recién nacidos igualmente”.

Así mismo, Rendán (2006), refiere que los recién nacidos de madres adolescentes representan significativamente un mayor riesgo de prematuridad, bajo peso al nacer, retardo de crecimiento intrauterino y membrana hialina que los recién nacidos de madres adultas, Factores estos que determinan un incremento en la mortalidad neonatal precoz.

Según información de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2005), con relación a 14 países de América Latina y Caribe, Canadá y Estados Unidos.

La mortalidad en los primeros días de vida se asocian frecuentemente a problemas perinatales ya sea acaecidos durante el parto y los primeros días de vida extrauterina, La asfixia, el trauma obstétrico, la prematuridad y las anomalías congénitas están vinculadas a morbi-mortalidad en el periodo neonatal (0 a 2% días de vida), periodo vulnerable para la generación de problemas que podrían llegar a producir diferente grado de discapacidad en el futuro.

Dentro de este periodo, la mayor mortalidad se produce las primeras horas de vida o el primer día .

En cambio los problemas post-natales (entre “8 y 365 días de vida) están más vinculados a eventos acaecidos en el medio ambiente ya sea en el hogar o comunidad. (45)

Con relación a Venezuela, el Instituto Nacional de Estadística refiere que la Tasa de Mortalidad Neonatal observada es 7.48 con una Tasa de Mortalidad corregida de 11.4; y tasa de Mortalidad post Natal de 3.5 para el año 2005.

El estado Trujillo registra para el año 2005 una Tasa de Mortalidad Neonatal de 10 y una Tasa de Mortalidad Post Neonatal de 3.9. En el Hospital Central de Valera “Dr. Pedro Emilio Carrillo”, según datos aportados por el departamento de Registros y Estadística de Salud”, para el mismo año se registraron 163 muertes neonatales.

Formulación del problema

Considerando lo antes expuesto, se plantea la siguiente interrogante?

¿Cuáles son las causas de morbilidad y mortalidad de recién nacidos de madres adolescentes en el servicio de neonatología y Reten General del Hospital Central de Valera “Dr. Pedro Emilio Carrillo” durante el periodo Enero a Diciembre 2005?

OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION

Objetivo General:

Determinar las causas de morbimortalidad de recién nacidos de madres adolescentes en el Servicio de Neonatología y Reten General del Hospital Central “Dr. Pedro Emilio Carrillo” durante el periodo Enero a Diciembre 2005.

Objetivos Específicos:

- Identificar las causas de Morbilidad inherentes a los recién nacidos de madres adolescentes en el servicio de Neonatología y Reten General.
- Identificar las causas de Morbilidad inherentes a las madres adolescentes de los recién nacidos den el Servicio de Neonatología y Reten General.

SISTEMAS DE VARIABLES

Las variables en el presente estudio son las causas de morbimortalidad del recién nacido de madres adolescentes en el Hospital Central de Valera en el periodo de Enero a Diciembre en el año 2005, tomándose en cuenta adolescentes, recién nacidos, embarazo precoz, adaptación del recién nacido, control prenatal patología del recién nacido.

Justificación.

Debido a la alarmante cifra de recién nacidos que fallecen y al incremento de admisiones de ellos a los Servicios de Neonatología y Reten General en el Hospital de Valera Dr. Pedro Emilio Carrillo, surge la necesidad de investigar las causas que aumentan las cifras y morbilidad y mortalidad en el citado centro asistencial, con la finalidad que las autoridades del sector salud respectivas establezcan planes de acción que prevengan al embarazo en las adolescentes y de esta manera contribuir a mejorar la calidad de vida del colectivo valerano trujillano y por ende del país.

En cuanto al aporte teórico permitió obtener información actualizada sobre las enfermedades más frecuentes que sufren los recién nacidos en sus primeros días de vida.

Igualmente, los datos obtenidos podrán presentarse a las autoridades a respectivas para que tomen decisiones en función de disminuir el embarazo en adolescentes y la mortalidad neonatal, como también servirá de antecedentes para otras investigaciones relacionada con el sector salud.

CAPITULO II

MARCO TEORICO

Antecedentes de la investigación

Sodero, Lizcano y Arce (2005) en un estudio retrospectivo, comparativo, establecieron como objetivo general Determinar la incidencia de la Morbimortalidad peri natal en el hospital "J.R Vidal de la ciudad de Corrientes, Argentina, donde observaron complicaciones tales como el bajo peso al nacer y la depresión al nacer, las cuales se registraron en una cifra mucho menor en el grupo de gestantes de mayor edad. Así mismo comprobaron un mayor porcentaje de bajo peso y depresión al 1º minuto en los recién nacidos de madres de entre 10 a 14 años.

Uría, González, Hernández y Rodríguez (2005), en un estudio descriptivo con diseño prospectivo, titulado Seguimiento al hijo de madre adolescente, trabajaron con madres adolescentes entre 2 grupos poblacionales: el grupo A, integrado por todas las madres adolescentes y sus hijos y el B representado por 506 madres mayores de 20 años, atendidas todas en el año 2004 en el Hospital Docente Gineco-obstetrico de Guanabacoa, Cuba. Identificaron algunas variables perinatológicas y otras obtenidas en la consulta de seguimiento al grupo riesgo. Realizaron el procesamiento estadístico para variables cualitativas y cuantitativas y midieron la probabilidad asociada. Encontraron un índice de bajo al nacer de un 12,2% con un 9,1% de recién nacidos pre términos y el 13,8% de partos instrumentados. Predomino el normo peso en consultas de seguimiento, y los ingresos hospitalarios fueron bajos, y se demostró la importancia de esta consulta en la orientación profiláctica del rol de la familia y la madre adolescente hacia su descendencia, para lograr así una salud positiva en el entorno psicosocial del niño.

Molina (2003) en un estudio realizado en Chile concluye que el promedio anual de madres de 11 a 14 años (1.058) y de 3.700 entre 11 a 15 corresponden al 2,6 y al 9,3% .respectivamente, del total promedio de 40.000 madres adolescentes de (19 años y menos) que reporta el Ministerio de Salud. Concluye que estas bajas proporciones son las que llevan a engaño y no se consideran como importantes, pero son de un significado cualitativo en lo social y cultural de la máxima relevancia.

Gálvez (2003) estudia embarazos en adolescentes de 14 a 10 años atendidas entre enero-junio en el Hospital Materno Infantil de Tarija-Bolivia. La fuente son historias clínicas peri natales simplificadas procesadas en computadora. Se busca estudiar la dimensión biológica del embarazo adolescente y con los resultados sustentar teóricamente la determinación social de los mismos. Se analizan expedientes de otro hospital, con propósitos comparativos. La frecuencia encontrada es de 17, 4% intermedia entre reportes nacionales y extranjeros. Prematuridad y bajo peso al nacer son mas altos en las adolescentes que en el resto de madres, de manera estadísticamente significativa, no es así en el hospital de comparación, que atiende una población menos depauperada. Se comprueba un riesgo dos veces mayor de mortalidad peri-natal, pero sin asociación estadística de sus componentes (mortalidad fetal y neonatal precoz) con la edad propiamente dicha. Los resultados indican que lo social tiene mas peso que lo biológico, porque la sociedad es determinante, en tanto que el individuo es determinado.

Balestena,(2003), realizó una investigación retrospectiva, transversal y analítica en el Hospital Abel Santamaría entre enero 2002 y abril 2003; el objetivo de la misma fue identificar los resultados perinatales en la gestante adolescente. El universo de estudio estuvo conformado por 5250 pacientes, mientras que la muestra la integraron 795 pacientes divididas en edades entre 25 y 29 años de edad (n=266).

Se analizaron variables de la madre, el parto y el recién nacido. El análisis estadístico se realizó a través del porcentaje, la media, la desviación estándar y el test chi cuadrado con nivel de significación de $p < 0.05$. Se obtuvo relación altamente significativa entre las enfermedades propias de la gestante, la inducción, el parto instrumentado, la cesárea, el bajo peso al nacer, el porcentaje de Apgar bajo al minuto y los 5 minutos, la morbilidad del recién nacido y materna con la adolescencia. Concluyo que la adolescencia es una etapa preñada de riesgo tanto para la madre como para el feto y el recién nacido.

Fuente, Cruza, Barrera(2001) realizaron un estudio descriptivo, transversal y retrospectivo de 148 adolescentes que parieron en el Hospital Materno del Municipio Palma Soriano, Provincia Santiago de Cuba durante el primer semestre del 2001, así como de igual número de madres mayores de 20 años, que integraron el grupo control. Se encontró relación entre la concepción del embarazo en las jovencitas y el estado civil, la situación económica deficiente y el bajo vínculo laboral, todo lo cual redundó en un alto número de complicaciones materno fetales, dadas por anemia, amenazas de aborto, parto pre término, alto índice de partos por cesárea y recién nacidos con elevada morbilidad y mortalidad por enfermedad de membrana hialina e hipoxia, entre otras.

Rendan y Apaza (2000) en su estudio se plantearon como objetivo general: determinar los factores asociados y riesgos de los recién nacidos de madres adolescentes (11-19 años) atendidas en el Hospital "Hipólito Unanue" de Taena en Chile, en comparación con recién nacidos de las madres adultas (20-34 años). Para ello revisaron el banco de datos de Sistema Informático Perinatal del Departamento de Gineco-Ostetricia. Encontraron que durante los años 1998-1999, se atendió un total de 13392 nacimientos y dentro de estos a 2250 recién nacidos de madres adolescentes, lo que representa una frecuencia de 19.04%.

Bases Teóricas

La Adolescencia:

La OMS define la etapa de la adolescencia como el “Periodo de vida en el cual el individuo adquiere la capacidad de reproducirse, transita de los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida su independencia económica” (45); de esta definición se desprende dos conceptos relevantes: Primero la importancia de los aspectos psicológicos y sociales en este particular periodo de la vida y segundo el rol imprescindible del médico especialista, ginecólogo, en la atención de los jóvenes; ya que primariamente lo que aparece en esta etapa es la capacidad de reproducción con todas sus implicaciones fisiológicas y clínicas.

Por otra parte, expone Silber (1995) que esta etapa se clasifica:

- Adolescencia temprana: 10-13 años, el adolescente siente preocupación por su propio cuerpo y por separarse de su madre. No hay concepto de una vida individual y no son capaces de dibujar un bebe con aspecto real. El tema de la maternidad le provoca depresión aislamiento.
- Adolescencia media: 14-16 años, el foco de desarrollo es el establecimiento de la identidad y feminidad. Es frecuente el gran vaivén de los estados de ánimo. El embarazo por ende, puede ser visto como una amenaza peligrosa o como una oportunidad que le brindara madurez y le creara expectativas.
- Adolescencia tardía: 17-19 años, comienza la consolidación de la identidad y de las relaciones interpersonales, por lo que el embarazo

suele verlo como una forma de intimidar y de comprometer al varón como futuro compañero.

En cuanto la interrelación bio-psicosocial, la adolescencia tiene predominios según las diferentes etapas, a saber:

- ADOLESCENCIA INICIAL: Biológico
- ADOLESCENCIA MEDIA: Sociológicos.
- ADOLESCENCIA TARDIA: Social.

Embarazo en Adolescentes:

El embarazo a cualquier edad es un evento bio-sicosocial suma mente importante. A menudo, en las adolescentes embarazadas este hecho va acompañado de una serie de situaciones adversas, que pueden contra la salud, tanto de ella como de su hijo.

www.bdigital.ula.ve

Las consecuencias del embarazo y la crianza durante este periodo se relaciona con aspectos no solo de salud sino también psicológicos, socioeconómicos y demográficos. Sus efectos pueden verse en la joven madre y su hijo, el padre adolescente, las familias de ambos y desde luego, en la sociedad.

Al respecto, la OMS (1995) define el embarazo en la adolescente como “Aquella gestación que ocurre durante los dos primeros años de edad ginecológicas (edad de la menarquía) y / o cuando la adolescente mantiene la total independencia social y económica de la familia parental” (p-199). En cuanto la edad de la menarquía este es un factor determinante de la capacidad reproductiva, la cual está ligada a la proporción de ciclos ovulatorios que alcanzan cerca del 50%, dos años después de la primera menstruación.

Siguiendo el orden de ideas, el embarazo de la adolescente es una crisis que se sobrepone a la crisis de la adolescencia, que presenta características diferentes según la etapa del desarrollo del adolescente en que se presente.

El impacto negativo del embarazo, especialmente en edad ginecológica inferior a 2 años, se expresa en aspectos biológicos y psicológicos de la madre y del hijo.

Con respecto al aspecto biológico, destaca mayor riesgo la anemia, el síndrome hipertensivo, infección urinaria, así como aumento del riesgo de aborto, toxemias del embarazo y del parto prematuro, desproporción céfalo pélvica, distocias mecánicas y dinámicas hemorragias, aumento de la morbimortalidad infantil, perforaciones uterinas, complicaciones del aborto y aun de mortalidad materna. Pero hay que acotar que cuando la adolescente embarazada recibe atención médica oportuna, suficiente y de calidad, estos riesgos disminuyen notoriamente.

Según Sánchez (1997), el embarazo en adolescente puede considerarse como un embarazo de alto riesgo, ya que en la mayoría de los casos son no controlados y se desarrollan en mujeres con edad menor a los 18 o superior a los 35 años" (76). Pero, entre los criterios médicos para considerar el embarazo y el parto en adolescentes como de alto riesgo, sobre todo en las menores de 14 años, se encuentran los siguientes:

- La maduración del sistema reproductivo y la obtención de la talla adulta no indica que se ha completado el crecimiento del canal del parto.
- La pelvis ósea crece a una velocidad menor que la estatura y requiere mayor tiempo para alcanzar la madurez, o sea que sigue creciendo lenta y continuamente aun después de la menarquía, cuando hay una desaceleración del crecimiento de la talla.

El tamaño del canal del parto es menor en los 3 primeros años después de la menarquía que en la etapa adulta.

- Incidencia mayor de toxemia, anemia, desproporción feto-pélvica, parto prematuro, mortalidad materna y mortalidad peri-natal, presentación podálica, ruptura prematura de membranas, hipertensión arterial.

Las probabilidades de que una madre adolescente tenga estos problemas son mayores en los países en desarrollo que en los desarrollados. A nivel mundial el embarazo es la principal causa entre las mujeres de 15 a 18 años; en la mayoría de los países latinoamericanos y del Caribe, la maternidad y el aborto están clasificados entre las cinco primeras causas de muerte entre las mujeres de 15 a 18 años.

Así mismo se tiene que los problemas de salud también pueden afectar a los bebés de madres adolescentes. Tales complicaciones incluyen una mayor incidencia de peso bajo al nacer (que a su vez puede conducir a problemas neurológicos, retraso, otros problemas de salud, e incluso la muerte), nacimiento prematuro muerte fetal y mortalidad perinatal. Pero al mismo tiempo se ha determinado que algunas de estas complicaciones no están directamente relacionadas con la edad sino con cuidado y una nutrición prenatal inadecuados,

También las tasas de morbilidad son más altas, así como la permanencia en terapia intensiva es más prolongada y costosa, hay mayor incidencia de re hospitalizaciones, problemas de desarrollo y de conducta.

El recién nacido y su clasificación

Se define recién nacido (RN), según Gordon , Flesher (1966) “El niño proveniente de una gestación de 20 o más semanas, desde que ha concluido su separación del organismo materno, hasta que cumple 28 días de nacido” (235), término que se emplea tanto para los productos que nacen vivos como para los mortinatos.

Para clasificar al RN se pueden utilizar diversos métodos, entre ellos Cardona Restrepo (1997) expone el siguiente.:

Método posnatal: relacionados con el estudio de algunas características somáticas y neurológicas del RN, entre las que incluye :

Signos físicos de maduración:

- _firmeza del cartílago de la oreja
- _grosor y transparencia de la piel
- _palpación y diámetro del nódulo mamario
- _presencia de pliegues plantares
- _aspecto de los genitales
- _cantidad y distribución del lanugo.

SIGNOS NEUROLÓGICOS

Desarrollo del tono muscular ,esta va madurando en sentido caudal cefálico , de manera que lo primero en aparecer es el tono de las extremidades inferiores .

- Desarrollo de reflejos o automatismos primarios, estos maduran en sentido cefalo caudal ,de manera que los primeros que aparecen son los de reflejo y búsqueda y los últimos que se presentan son de prehensión y extensión cruzada de las extremidades inferiores .

- Los métodos más fidedignos son los que combinan características físicas y neurológicas. Pero , los factores más determinantes en la sobre vida del recién nacido son la madurez expresada en la edad gestacional y el peso de nacimiento .

Considerando estos dos parámetros, los recién nacidos se clasifican de la siguiente manera, según Gordon, Flesher, Mc Donald (1996)

RNT (Recién nacido de término) : aquellos nacidos con 38 semanas de gestación y < 42 semanas

RNPR (Recién nacido pretermino=) nacidos < 38 semanas de gestación .En esta clasificación se considera el criterio de la Academia Americana de Pediatría ,ya que la OMS toma en cuenta el pre término a los recién nacidos con < 37 sem.

RNPT(Recien nacido posttermino): nacidos con > 42 sem de gestación

Si su peso es adecuado o no para la edad gestacional se clasifica en :

AEG (Adecuado para la edad gestacional): cuando el peso se encuentra entre los percentiles 10 y 90 de las curvas de crecimiento intrauterino (CCI)

PEG (Pequeño para edad gestacional) cuando el peso se encuentra por debajo del percentil 10 de (CCI)

GEG (Grande para le edad gestacional) cuando el peso se encuentra sobre el percentil 90 de la (CCI)

Combinando edad gestacional con el crecimiento intrauterino el recién nacido se clasifica en nueve categorías , a saber :

A termino AEG,PEG,GEG

Pretermino AEG,PEG,GEG

Posttermino AEG,PEG,GEG

Referente al parámetro peso se utilizan también los conceptos de recién nacido de muy bajo peso (<1,500 grs) y de extremo bajo peso (<1000 grs). Estos dos grupos son responsables de alrededor de 60 a 70 % de la mortalidad neonatal y representan el grupo de recién nacidos de alto riesgo.

La clasificación recién describe tiene importancia ya que expresa determinados riesgos según la edad gestacional , el peso de nacimiento y la adecuación de este a ella.entre los riesgos se mencionan los siguientes :

Gran variedad de problemas que reflejan el grado de inmadurez de los sistemas para adaptarse a la vida postnatal y que van aparejados con su grado de su prematuridad .

Los recién nacidos PEG son la mayoría de las veces el resultado de una placenta insuficiente y están sometidos a una hipoxia crónica , presentan con frecuencia poliglobulia e hipoglicemia. Durante el trabajo de parto son más susceptibles de sufrir hipoxia y nacer deprimidos.

En algunos casos su peso es insuficiente se debe a infecciones intrauterinas virales y a problemas genéticos.

Los recién nacidos GEG, con frecuencia tienen el antecedente de diabetes materna presentan con frecuencia poliglobulia e hipoglicemia. Por su tamaño puede sufrir traumatismo y asfixia

El recién nacido posttérmino tiene una placenta que empieza a ser insuficiente; con frecuencia presenta asfixia en el trabajo de parto y meconio en el líquido amniótico lo que puede resultar en un Síndrome de Dificultad Respiratoria por Aspiración de meconio.

Métodos De Evaluación Del Recién Nacido

Puntaje Apgar

Correa, Gómez (1999) Este método consiste en una rápida evaluación del estado clínico del niño al nacer ,es un excelente indicador para determinar que niño necesita reanimación y si la misma se estas practicando de forma adecuada .

Así mismo da una evaluación objetiva del recién nacido en un tiempo determinado después del nacimiento, usualmente se toma al minuto y a los 5 minutos tomando en cuenta los siguientes signos :

Latidos cardiacos por minuto

Respiración

Tono muscular

Irritabilidad refleja

Color de la piel y mucosas

Un Apgar bajo puede estar asociados con grados variables de asfixia :

0-3 pts : Depresión severa

4-6 pts : Depresión moderada

7-10 pt : Apgar normal

Apgar bajo sin asfixia :

Prematuridad

Sedacion o Analgesia Materna

Condiciones Neurológicas : Enfermedad muscular o malformaciones cerebrales

Condiciones Respiratorias

Trauma obstétrico

Hipovolemia

Infecciones del S.N.C

Hemorragia intracraneana

.-Anomalías cromosómicas

Esta puntuación se puede repetir a los 10-15 y 20 min si es necesario. Con relación a la valoración de la madurez del neonato se realiza con la prueba de Dubowitz modificada por Capurro , la cual contiene 5 criterios morfológicos y 2 neurológicos, con una aproximación cercana a la edad gestacional los cuales son :

Incurvacion del pabellón auricular
Características de la piel (textura)Nodulo mamario
Formación del pezón
Pliegues plantares
Maniobra de la bufanda
sostén cefálico

INDICE DE SLIVERMAN-ANDERSEN

Es una evaluación, que se utiliza en sala de partos, como parte del examen físico del recién nacido ,una vez lograda cierta estabilidad hemodinámica o cuando se desee conocer la condición del Neonato, cuando presente patología respiratoria ,comprende 5 aspectos a saber : según Avery (1990)

Movimientos Toracoabdominales
Tiraje Intercostal
Retraccion xifoidea
Aleteo nasal
Quejido respiratorio

Cada aspecto se cuantifica en la escala de 0-2:

0 pts :S/ Dificultad Respiratoria

1-4 pt : Dificultad Respiratoria leve

5-7 pt : Dificultad Respiratoria moderada

8-10 pt :Dificultad Respiratoria severa

PROBLEMAS DEL RECIEN NACIDO

Los cambios fisiológicos que implican el paso de la vida intrauterina a la extrauterina, son los que determinan las características del cuidado del recién nacido normal y de la patología de este periodo. Esto requiere una adaptación de todos los órganos y sistemas que incluyen la maduración de diversos sistemas enzimáticos, la puesta en marcha del mecanismo de homeostasis que en el útero eran asumidos por la madre y la readecuación respiratoria y circulatoria indispensable desde el nacimiento para sobrevivir en el ambiente extrauterino. Toda esta situación que sufre el recién nacido de alguna manera comprende la alteración de un mecanismo de adaptación .

En cuanto a la adaptación, Gordon y Flesher (1996) la define como el "periodo neonatal ": desde el punto de vista estadístico, el periodo neonatal comprende los primeros 28 días de vida; a los 7 días de vida se la llama periodo neonatal precoz. A esta se le agrega el carácter dinámico del proceso que hace variar el concepto de normalidad en el tiempo. Una bilirrubinemia de 4 mg % al nacer es anormal, pero no lo es a los 3 días de vida. Una cierta dificultad en la regulación de la temperatura en las primeras horas de vida no tiene la misma importancia si ocurre en el segundo día. Adaptación y dinamismo evolutivo ,le dan al recién nacido un carácter de gran fragilidad y dependencia del medio. También es considerada la etapa más vulnerable de la vida del ser humano en el periodo posterior al nacimiento .En ella se dan los mayores riesgos para su supervivencia , de presentar patologías y que de estas deje algún tipo de secuelas especialmente neurológicas.

Entre los problemas de adaptación del periodo neonatal, se citan las siguientes:

Órgano o Sistema Afectado	Patología
-1.Sistema Nervioso Central	
Inmadurez anatómica y funcional de vasos cerebrales	Hemorragia intraventricular
-2.Sistema Respiratorio	
Falta De Surfactante	Membrana Hialina
Inmadurez Centro Respiratorio	Apnea Del Prematuro
Reabsorción Liquido Pulmonar	Distress Transitorio
Inmadurez Anatómica	Insuficiencia Respiratoria Del Prematuro
-3.sistema circulatorio	
Hipertension pulmonar	Ciculacion fetal persistente
Inmadurez control vasomotor del ductus	Ductus persistente - insuficiencia cardiaca
Inmadurez vasos retinianos al O2	Fibroplastia retrolental
-4. Sistema Coagulación Y Hematopoyético	
Deficiencia De Produccion De Vitamina K	Sindrome Hemorragico DelRN
Factores De Coagulación	Coagulación Basal Intradise-minada
Deficiencia De Vitamina E	Anemia Hemolítica
Deficiencia De Hierro Y Produccion G.R	Anemia Del Prematuro
-5. Inmadurez Hepática	Hiperbilirrubinemia neonatal
-6. Inmadurez De Sistema Termorregulador	Enfriamiento neonatal
-7. Problemas De Adaptación Química	Hipoglicemia /hipocalcemia
-8. Inmadurez Del Tubo Digestivo	Dificultades de alimentación y enterocolitis necrotizante
-9. Inmadurez Del Sistema Inmunitario	Diseminación de infecciones
10. Inmadurez Renal	Edema, dificultad en el equilibrio hidroelectrolítico

PATOLOGIAS FRECUENTES DEL RECIEN NACIDO

Asfixia perinatal :

Es la disminución de oxígeno y aumento de dióxido de carbono con acidosis secundaria. Síndrome clínico caracterizado por depresión cardiorrespiratoria , secundaria a hipoxemia y/o isquemia tisular fetal. Fisiopatológicamente se caracteriza por hipoxemia retención de CO₂ y Acidosis metabólica.

CAUSAS

Existen cuatro mecanismos básicos para la producción de asfixia :

Asfixia perinatal por interrupción de flujo sanguíneo
(compresión del cordón durante el trabajo de parto)

Asfixia fetal por alteración del intercambio de oxígeno a través de la placenta como ocurre en el desprendimiento placentario.

Asfixia fetal por inadecuada perfusión de la cara placentaria materna Hipotension materna severa.

Asfixia neonatal por fracaso de la expansión pulmonar al nacer o el incremento del flujo pulmonar o ambos .Esto puede ser debido a la obstrucción de la vía aérea, excesiva cantidad de líquidos en los pulmones o esfuerzos respiratorios débiles

FACTORES DE RIESGO PARA LA ASFIXIA FETAL:

Alteraciones fetales

Acidosis Fetal (pH De Cuero Cabelludo < 7,24)

Anormalidades De Fc Fetal

*Bradicardia

*Taquicardias

*Desaceleraciones variables o tardias

Prolapso del cordón umbilical

- Eliminación del meconio en utero
- Bajo peso para la edad gestacional
- Eritroblastosis Fetal
- Prematurez -Postmadurez
- Embarazos Múltiples
- Presentación anormal

FACTORES MATERNOS

- Desproporción Cefalopelvica
- Toxemia
- Diabetes
- Placenta previa
- Edad materna >16 años > 40 años
- Anemia
- Enfermedad cardiaca
- Obesidad
- Fiebre materna
- RPM mas de 24 horas
- Hemorragia Anteparto o intraparto
- Nutrición inadecuada
- Falta de control prenatal

OTROS FACTORES

- Parto dificultoso
- Cesarea
- Polihidramnios u oligoamnios
- indice Lecitina /esfingomielina menor de 2
- Anestesia general

FISOPATOLOGIA :

La asfixia involucra :

- Hipoxemia : disminución del contenido de O₂ en sangre
- Isquemia: reducción de la cantidad

Enfermedad de Membrana Hialina

Denominado también Síndrome de Distress Respiratorio tipo I. Es la incapacidad del neumocito II de producir el surfactante ocasionado disminución del volumen pulmonar y colapso alveolar progresivo ; la deficiencia primaria de surfactante es característica de los neonatos prematuros, la cual es una lipoproteína que disminuye la tensión superficial evitando el colapso alveolar. Es más frecuente en hijo de madre diabética, en el segundo mellizo nacidos de presentación podálica y recién nacidos por cesárea antes del término .

Ucros, Caicedo (2004) refiere la incidencia es de 50 % a las 29 semanas, declinando a 0 cerca al término y dos tercios nacidos a las 28 semanas desarrollan Enfermedad de Membrana Hialina en Estados Unidos, correspondiente a 30% de los neonatos y 70 % a los prematuros.

Taquipnea Transitoria Del Recien Nacido :denominada tambien SDR tipo II, pulmon humedo ;debido a la falta de reabsorcion del liquido pulmonar fetal, frecuente en recién nacidos por cesarea .

Síndrome de Aspiración Meconial : constituye una causa de morbimortalidad en el recién nacido principalmente en el niño a término. El 8 al 20% de todos los partos el meconio es expulsado en el útero en respuesta a la asfixia fetal. el meconio llena el alveolo , altera la ventilación normal y obstruye la tráquea y los bronquios y disminuye la expansión pulmonar.

Neumonía Connatal: Es adquirida en forma intrauterina , debido a la aspiración de líquido amniótico contaminado .

Anemia del Recien Nacido:

Disminución para la concentración de la hemoglobina por debajo del límite inferior para la edad sexo y condición fisiológica .

RNAT: la sangre del cordón tiene una hemoglobina 16,8 gr /dl.

RNMBP: Tienen la hemoglobina 1 -2 grs menos que los RNAT

CAUSAS :

Hemorragia o pérdida

Hemólisis o Destrucción

Falta de producción de GR

- MENOR PRODUCCIÓN DE GR

Infecciones congénitas ----- TORCHS

Adquiridas ----- Sepsis

Deficiencias nutricionales :Fe /fosfatos

Depresión medular inducida por drogas

Leucemia congénita

Anemia Hipoplásica congénita

- MAYOR PRODUCCIÓN DE GR O HEMÓLISIS

Incompatibilidad Rh /grupo ABO O subgrupos.

Inducida por drogas

Anemia Hemolitica materna Autoinmune y Lupus

Infecciones

CID

Alteracion en la membrana del GR :Esferocitosis

Hemoglobinopatias

- **PERDIDA DE SANGRE O HEMORRAGIA**

Accidentes obstetricos ,amlformaciones de la placentya y cordon

Hemorragias ocultas previas al nacimiento :

- Feto materna
 - feto palcentaria
- Feto fetal
- Hemorragias del RN ; hemorragia Intracraneana

Cefalohematoma gigante

Iatrogenia

www.bdigital.ula.ve

SEPSIS NEONATAL Anderson :(1997) .Es una respuesta sistémica a la infección y se presenta en el primer mes de vida con consecuencia metabólicas y hemodinámicas. Se divide en sepsis neonatal precoz y tardía. La temprana usualmente severa y mayor probabilidad de Morbimortalidad, ocurre en los primeros cuatro días de vida y se adquiere por trasmisión vertical; la tardía de presentación mas gradual ocurre desde el cuarto día de vida hasta el mes .

1. **HIPOGLICEMIA** Correa, Gomez (1999) Se define como un nivel plasmático de glucosa menor de 40 gr /dl incluso los fetos normales después de las 20 semanas , manejan concentraciones de glucosa en la vena umbilical mayor de 50 gr /dl. Se clasifica en sintomática o asintomática y según su duración en transitoria o persistente.

HIPERGLICEMIA :se defien en el recién nacido como una concentración sanguínea de glucosa mayor de 125 en neonato a término y 150 mg /dl en el pretermino.

HIPOCALCEMIA :Se define como la presencia de niveles de calcio total por debajo de 6mg/dl o menos de 7 con síntomas ; o un nivel de calcio libre ionizado por debajo de 3 mg /dl.

RETENCION DE CRECIMIENTO FETAL :Es aquel recién nacido cuyo peso es menor de 2 desviaciones estándar o está por debajo del percentil 10 para la edad gestacional ; los recién nacidos a término , con peso inferior a 2500grs deben diferenciarse de los prematuros adecuados para su edad gestacional no tiene RCF,Lubchenco (1967) demostró que los fetos con RCF, tiene mayor riesgo de morbilidad en las últimas semanas del embarazo y etapa perinatal .El RCF debe considerarse una condición clínica más que una enfermedad en sí misma ,puesto que existen muchas patologías causales y consecuenciales .

SIFILIS CONGENITA: La enfermedad puede aparecer en forma precoz o tardía , la última suele ser más frecuente, en la mayoría de los casos no se presentan signos clínicos durante el primer mes de vida los cuales son :retardo de crecimiento , pániculo adiposo escaso, piel reseca a veces ampollada ,descamativa en palma y planta denominado péufigo palmo plantar y el edema de placenta explica la insuficiencia placentaria que ocasiona la desnutrición fetal .

TOXOPLASMOSIS :Díaz,Manotas (2001) Es uno de los componentes de TORCHS, en el recién nacido la enfermedad se sospecha cuando se presenta la tríada hidrocefalia coriorretinopatía y calcificaciones intracerebrales .Aunque puede pasar desapercibido algunos signos, estudios serológicos como la IgM descartaría la enfermedad aunque dicho estudio serológico choca con problemas que tienen las otras mismas infecciones perinatales.

ICTERICIA Maisels (1990) Es la entidad que con más frecuencia se observa en la práctica neonatología .Dos de cada tres niños a término y prácticamente el 100% de los prematuros se presentan ictericia clinica (observable en la piel con cifras de 5 mg /dl) a partir del 2 día de vida.

La mayor parte de los niños con ictericia tienen un proceso conocido como ictericia fisiológica la cual comienza entre las 24 y 72 hrs con niños a término entre los 3 y 5 días en prematuros .Los niveles de bilirrubina no exceden los 13 mg %.

ictericia no fisiología : es la que aparece antes de las 36 horas ,niveles de bilirrubina mayor de 1 mg % , la concentración sérica aumenta más de 5 mg %.

MORTALIDAD NEONATAL :

Moreno (1994).La mortalidad neonatal es el indicador mas básico para expresar el nivel de desarrollo que tiene la atención del recién nacido en una determinada área geográfica o en un servicio .Esta se define ,según la OMS (2003) ,como el “número de recién nacidos fallecidos antes de completar 28 días por cada 100 nacidos vivos “la misma recomienda incluir como nacidos vivos a todos aquellos niños que tiene al nacer alguna señas de vida :respiración o palpaciones en el corazón o cordón umbilical o movimientos efectivos de músculos de contracción voluntaria .En los fallecidos solo se considera a aquellos que pesan mas de 500 grs .

Por otro lado, la mortalidad infantil y neonatal varia en los distintos países , según el nivel económico ,sanitario y la calidad de la atención médica. La mortalidad neonatal es responsable entre el 40 a 70 % de las muerte infantiles.En la medicda que las tasas de mortalidad infantil descienden ,las

muertes neonatales son responsables de un porcentaje mayor de las muertes totales del primer año de vida .

CLASIFICACION

según la OMS (1995)

- **Mortalidad neonatal precoz**

Es el número de nacidos vivos de 0 a 7 días

- **Mortalidad neonatal tardía**

Es el número de nacidos vivos mayores de 7 a 28 días .

El indicador más específico del nivel de atención neonatal es la letalidad neonatal por peso de nacimiento .Esta se define como el “número de muertes neonatales de un rango de peso determinado referidas a recién nacidos vivos de es mismo rango de peso expresado en porcentaje”(OMS).La prematurez es el principal factor de riesgo para la salud del recién nacido ; su prevención y tratamiento depende de la organización y calidad del cuidado perinatal.La madre con riesgo de tener un niño prematuro debe ser controlado en un centro especializado al igual que su hijo prematuro.

El objetivo primordial del equipo de salud para este periodo es supervisar que esta adaptación se realice de forma normal .El control del embarazo es primordial para detectar los embarazos de alto riesgo .En esta etapa se puede prevenir el parto prematuro ,detectar una diabetes y tratarla y otras patologías que pueden afectar al feto y al recién nacido, prevenir los problemas e intervenir oportunamente cuando estos se producen .

RECIEN NACIDOS DE ALTO RIESGO

- Edad gestacional < de 37 semanas y > de 42 sem.
- Peso de nacimiento : < 2500 y > de 4000 grs +Peso discordante para edad gestacional :pequeño o grande para edad gestacional
- Embarazo múltiple
- Complicaciones maternas : Enfermedad materna preexistente ,infección materna síndrome hipertensivo del embarazo ,colestasia ,diabetes ,mal incremento ponderal ,edad materna > 35años y menor de 20 años .
- Complicaciones placentarias : Ruptura prematura de membranas ,infección ovular o sospecha de infección ovular ,deprendimiento prematuro de placenta normoinserta placenta previa ,oligoamnios , liquido amniótico con meconio.
- Complicaciones fatales y neonatales: Presencia o sospecha de malformaciones ,hidroamnios ,alteraciones de registros de latidos cardíacos ,presentación anormal, incompatibilidad de grupo ,malas condiciones al nacer (asfixia).

CONTROL PRENATAL :

Control prenatal : Botero (1999) es el conjunto de acciones y procedimientos sistemáticos y periódicos ,destinados a la prevención ,diagnóstico y tratamiento de los factores que puedan condicionar morbilidad materna y perinatal.

Mediante el control prenatal ,se vigila la evolución del embarazo y se prepara a la madre para el parto y crianza de su hijo .De esa forma ,se podrá controlar el momento de mayor Morbilidad en la vida del ser humano como es el periodo perinatal y la principal causa de muerte de la mujer joven como es la mortalidad materna.

Objetivos del control prenatal

- Diagnosticar la condición materna
- Identificar factores de riesgo
- Diagnosticar la edad gestacional
- Diagnosticar la condición fetal
- Educar a la madre

Periodicidad del control prenatal

La frecuencia del control prenatal está determinada por los factores de riesgos detectados en esa gestación y serán necesarios tantos controles como la patología detectada lo requiera.

En embarazos sin factores de riesgo, la frecuencia de los controles debe racionalizarse en relación a la magnitud de la población obstétrica y los recursos humanos destinados para su control. Característicamente, los controles prenatales se efectúan cada 4 semanas en el primer y segundo trimestre de la gestación. En el tercer trimestre (desde las 28 semanas), los controles son progresivamente más frecuentes hasta ser cada siete días desde las 36 semanas hasta el término de la gestación.

CAPITULO III

MARCO METODOLOGICO

Tipo de Investigacion

Según Arias (1999) ,tipo de investigacion descriptiva “ consiste en la caracterizacion de un hecho ,fenomeno o grupo con el fin de establecer su estructura o comportamiento”.

Diseño de la Investigacion

El diseño de la presente investigación es documental, según Arias, (1999) 47” Es aquella que se basa en la obtención y análisis de datos provenientes de materiales impresos u otros tipos de documentos “, En este caso son las historias clínicas de recién nacidos atendidos en el Servicio de Reten general y neonatología del Hospital Central de Valera Dr. “Pedro Emilio Carrillo”

Dimesion Temporal

Según Hernández, Fernández, Baptista (2003)

- Diseño Transversal: Son estudios donde se recolectan los datos en un solo momento en un tiempo único.
- Objetivo: describir las variables estudiadas y analizar su incidencia o interrelación en un momento determinado.

Población y muestra

Población

La población objeto del diagnóstico es el número de recién nacidos de madres adolescentes en el Servicio de Reten General y patológico que hayas requerido su hospitalización .Se tomó como muestra el total de la población.

Técnica e Instrumentos De Recolección De La Información

En el presente estudio se analizó el contenido de las historias médicas de la madre y recién nacido obtenidos por parto y cesárea, además edad materna, procedencia de la madre, control prenatal , edad gestacional ,Apgar, peso del recién nacido ,sexo del recién nacido .

www.bdigital.ula.ve

CAPITULO IV

ANLISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS

CUADRO 1

Número de nacimientos según etapa de adolescencia

EDAD MATERNA	N° CASOS	%
Adolescencia Temprana 10-13 a	5	0,7
Adolescencia intermedia 14-16 a	226	35
Adolescencia Tardia 17-19 a	413	64.3
TOTAL	644	100

FUENTE : Registros y Estadísticas del Hospital Dr “ Pedro Emilio Carrillo
“ de Enero a Diciembre del 2005 .

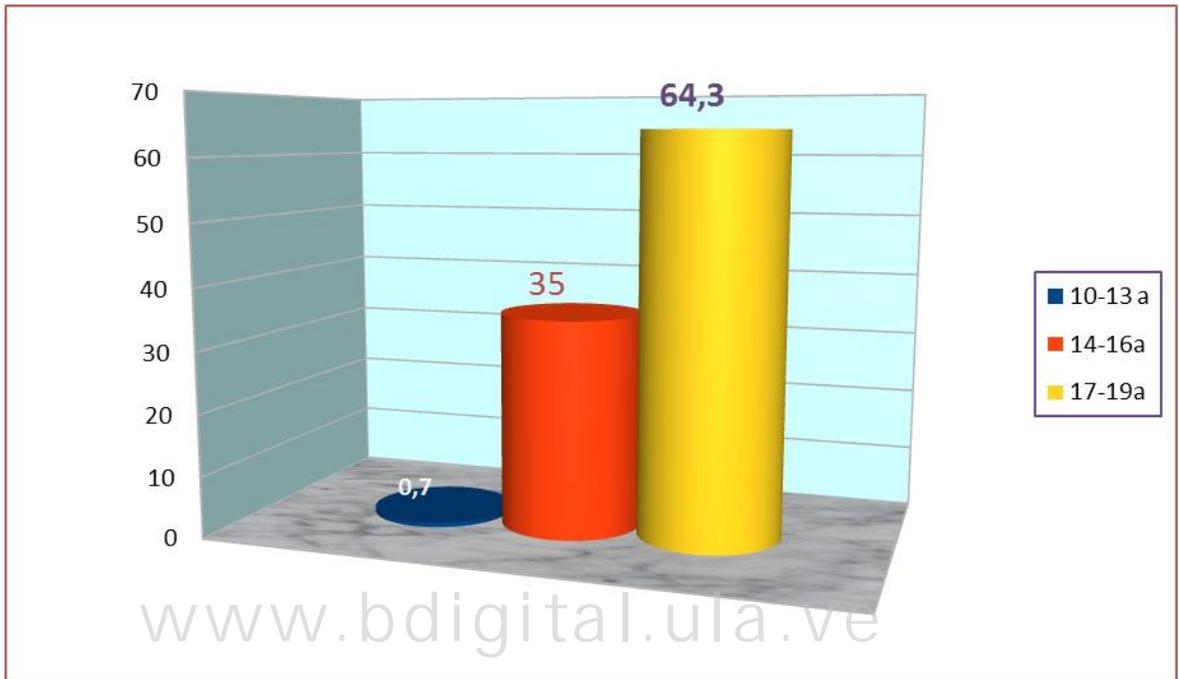


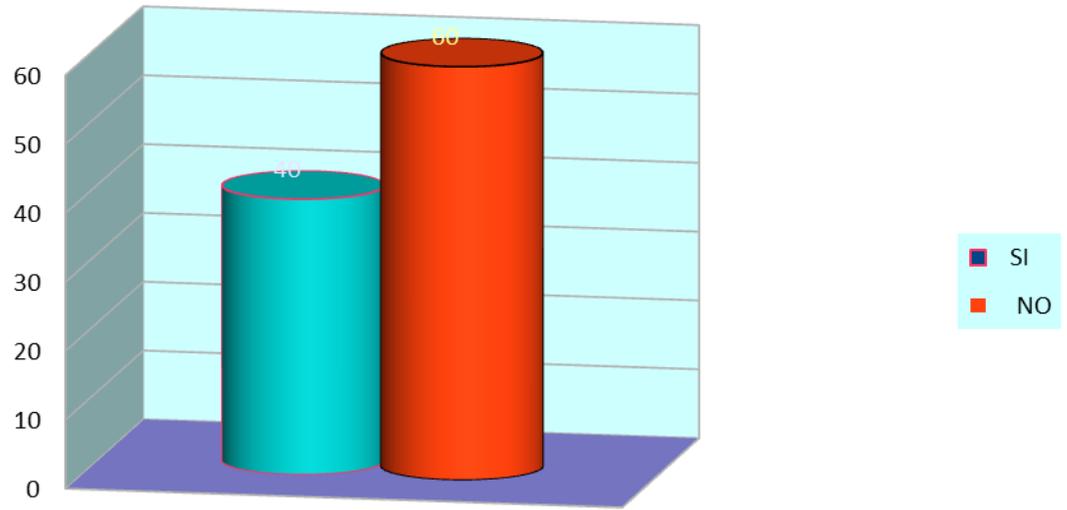
Grafico 1 .Numero de nacimientos según etapa de la adolescencia

Cuadro 2

Madres adolescentes según control prenatal

CONTROL PRENATAL	N° DE CASOS	PORCENTAJE
SI	258	40
NO	386	60
TOTAL	644	100

FUENTE: Registros y Estadísticas del Hospital Dr “ Pedro Emilio Carrillo “ de Enero a Diciembre del 2005



www.bdigital.ula.ve
Grafico 2 Madres adolescentes según control prenatal

CUADRO 3

Indicación de cesárea en madres adolescentes

INDICACION DE CESAREA	N° DE CASOS	PORCENTAJE
D.C.P	110	26
UTERO CICATRICAL	84	20
PREECLAMPSIA	62	15
SUFRIMIENTO FETAL AGUDO	45	11
FETO MACROSOMICO	40	10
PRIMIGESTA PRECOZ	30	7
DISTOCIA DE DILATACION	25	6
R,P.M	20	4,7
EMBARAZO GEMELAR	2	0,4
TOTAL	418	100

FUENTE: Registros y Estadísticas del Hospital Dr “ Pedro Emilio Carrillo “ de Enero a Diciembre del 2005

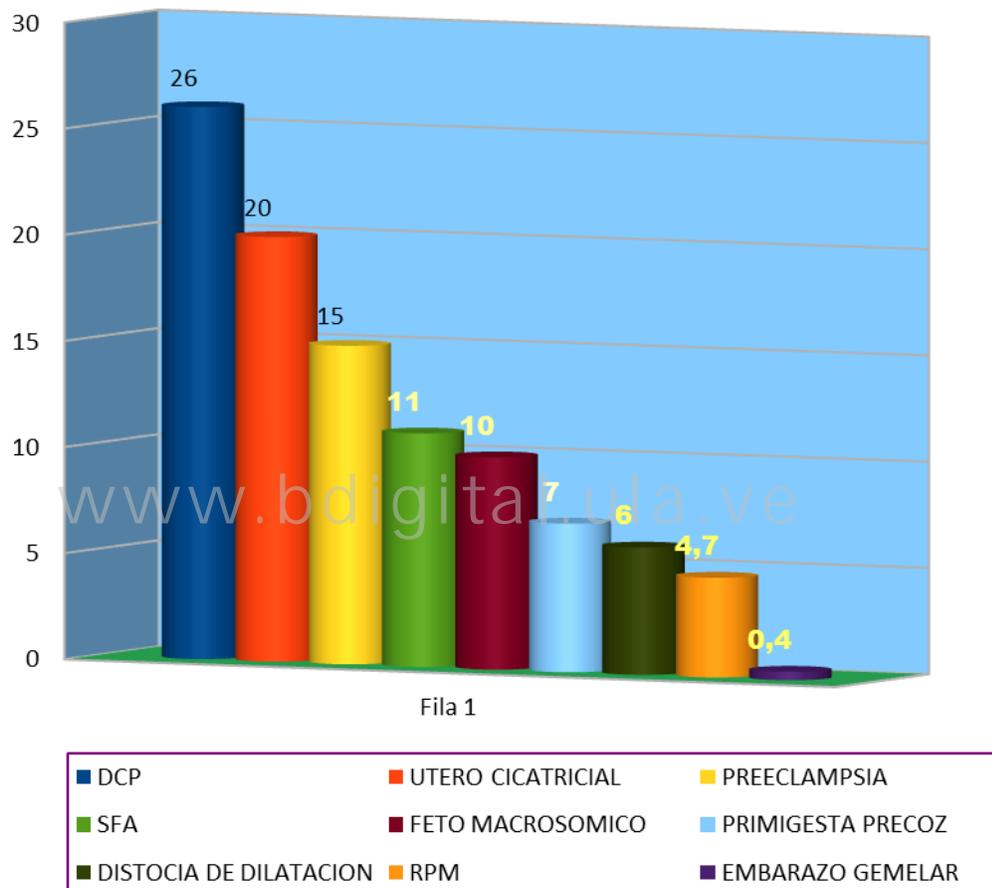


GRAFICO 3 Indicación de cesárea en madres adolescentes

CUADRO 4**Morbilidad de madres adolescentes.**

MORBILIDAD	N° DE CASOS	PORCENTAJE
ANEMIA	125	54
PREECLAMPSIA	43	19
INFECCION URINARIA	25	11
LEUCORREA	15	6,5
SIFILIS	9	4
TOXOPLASMOSIS	6	2,6
CORIOAMNIONITIS	5	2
CONDILOMATOSIS	1	0,4
DIABETES GESTACIONAL	0	0
TOTAL	229	100

FUENTE: Registros y Estadísticas del Hospital Dr. "Pedro Emilio Carrillo" de Enero a Diciembre del 2005

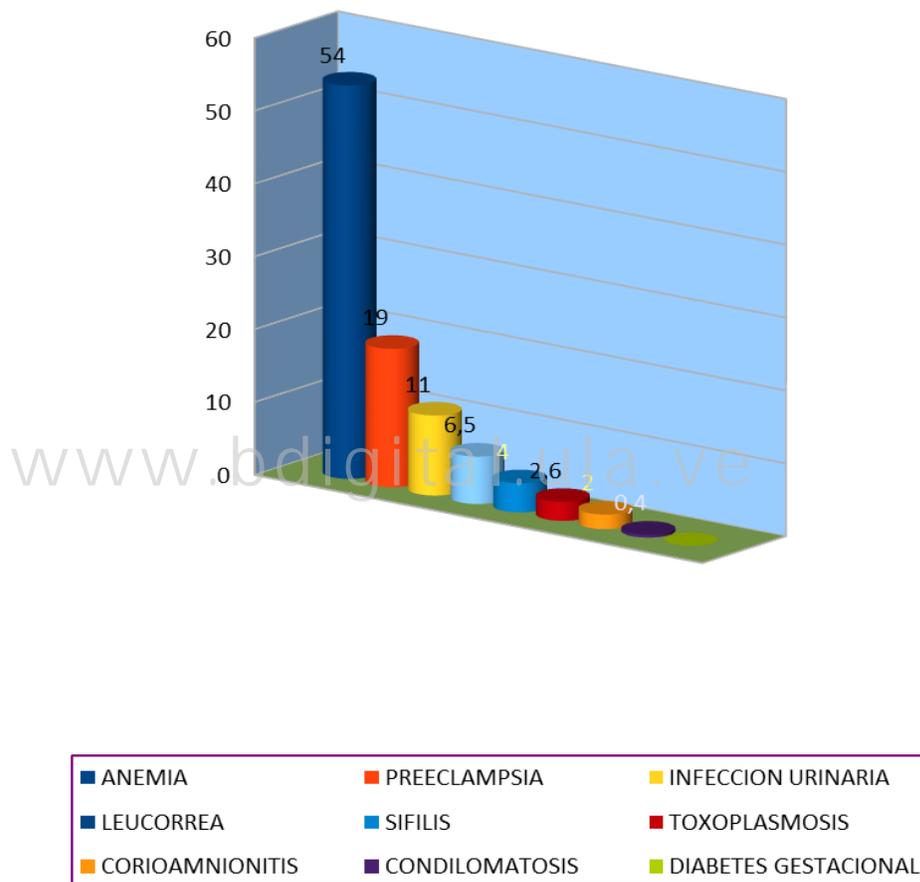


GRAFICO 4 .MORBILIDAD DE MADRES ADOLESCENTES

CUADRO 5

RECIEN NACIDOS VIVOS SEGUN LA PROCEDENCIA MATERNA

PROCEDENCIA	N° CASOS	PORCENTAJE
RURAL	508	79
URBANA	136	21
TOTAL	644	100

FUENTE: Registros y Estadísticas del Hospital Dr “ Pedro Emilio Carrillo “ de Enero a Diciembre del 2005

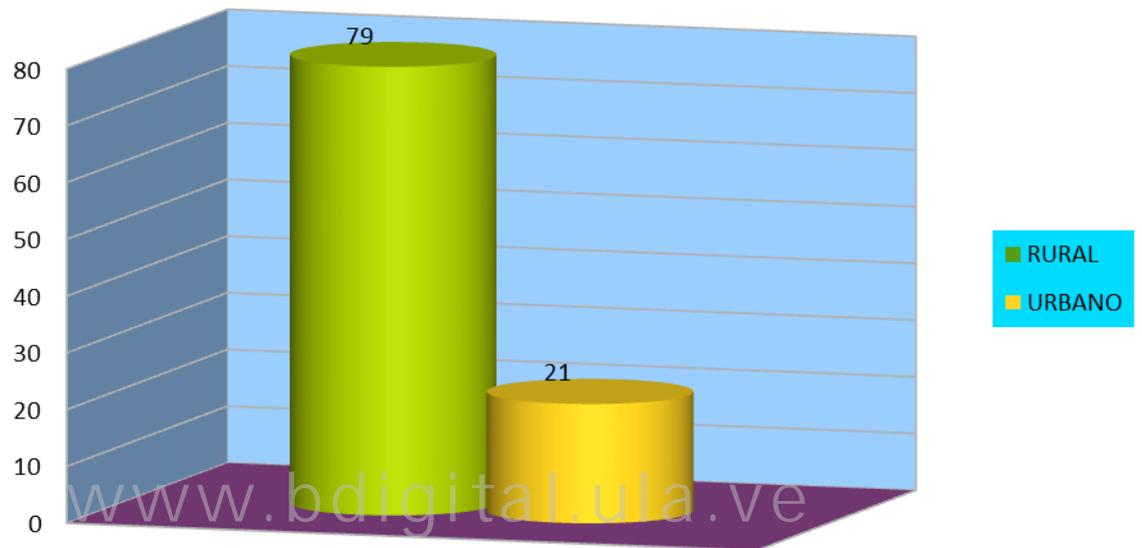


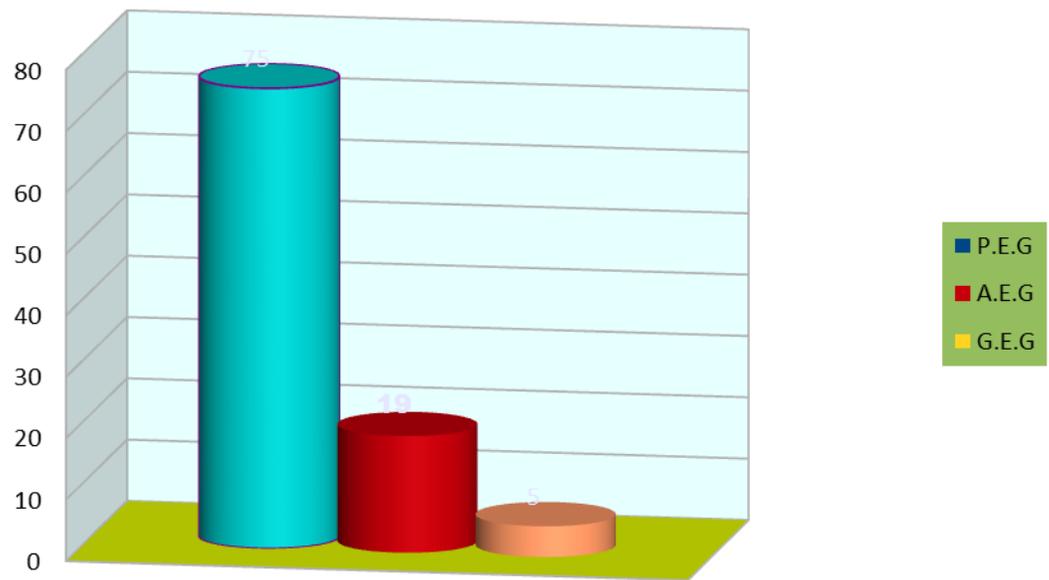
GRAFICO 5 RECIEN NACIDOS VIVOS SEGUN LA PROCEDENCIA MATERNA

CUADRO 6

Recién nacidos de madre adolescente según su estado nutricional

ESTADO NUTRICIONAL	N° DE CASOS	PORCENTAJE
P.E.G	487	75
A.E.G	123	19
G.E.G	34	5
TOTAL	644	100

FUENTE: Registros y Estadísticas del Hospital Dr “ Pedro Emilio Carrillo “ de Enero a Diciembre del 2005



www.bdigital.ula.ve

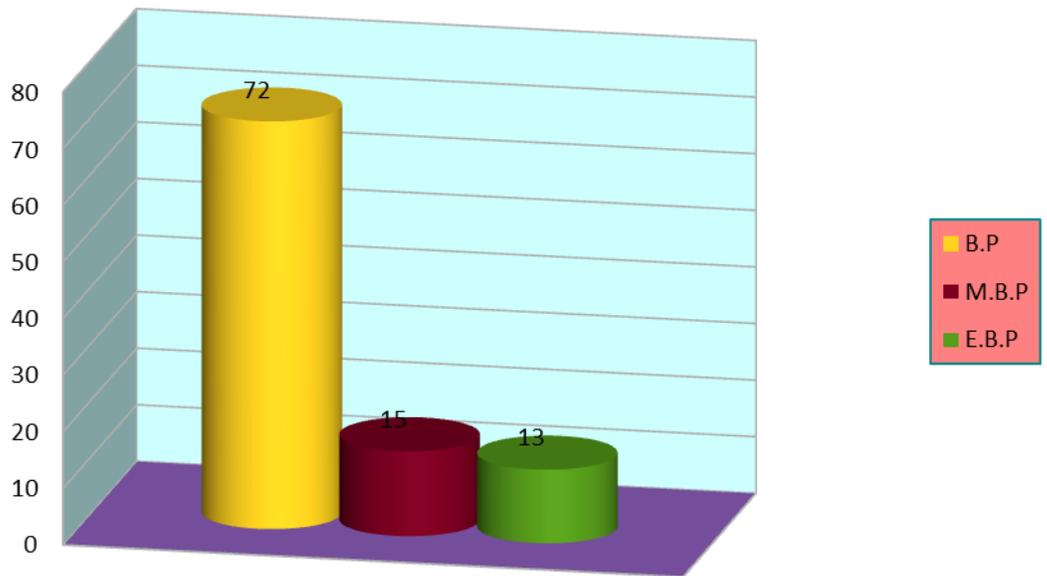
Grafico 6 Recien nacidos de madre adolescente segun su estado nutricional

CUADRO 7

PESO DE RECIEN NACIDO DE MADRE ADOLESCENTE

PESO RN	N° CASOS	%
B.P	51	72
M.B,P	11	15
E.B.P	9	13
TOTAL	71	100

FUENTE: Registros y Estadísticas del Hospital Dr “ Pedro Emilio Carrillo “ de Enero a Diciembre del 2005



www.bdigital.ula.ve

GRAFICO 7 . PESO DE RECIEN NACIDO DE MADRE ADOLESCENTE

CUADRO 8

Recien nacido de madres adolescente según edad gestacional

EDAD GESTACIONAL	N° DE CASOS	PORCENTAJE
RN A TERMINO	576	89,4
RN PRETERMINO	43	6,6
RN POSTERMINO	25	3,8
TOTAL	644	100

FUENTE: Registros y Estadísticas del Hospital Dr “ Pedro Emilio Carrillo “ de Enero a Diciembre del 2005

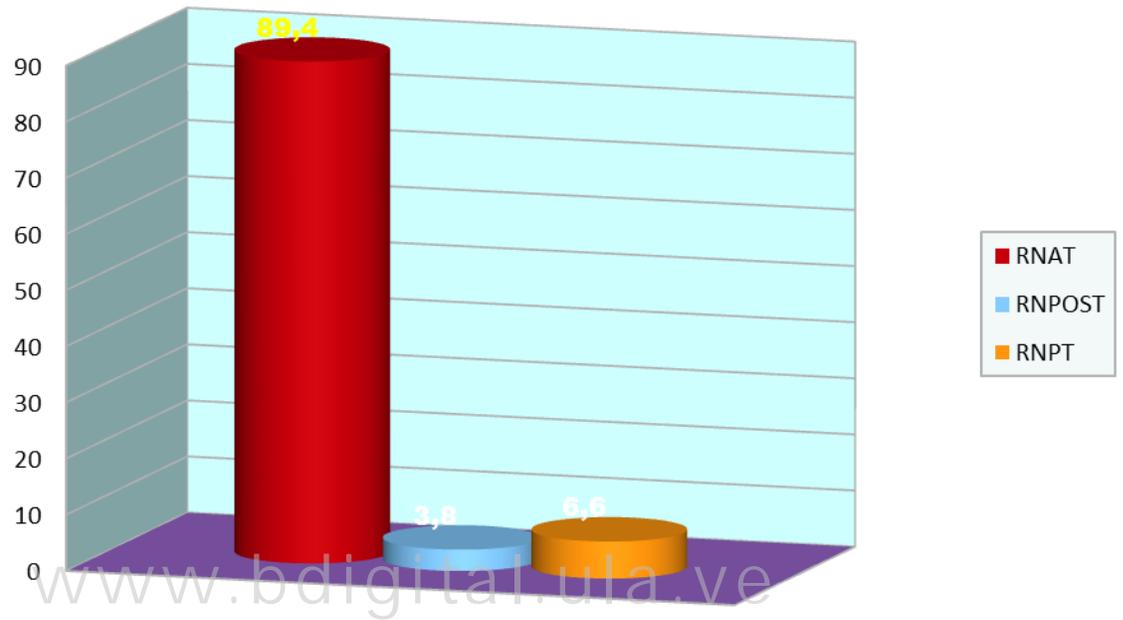


GRAFICO 8 Recien nacido de madres adolescente según edad gestacional

CUADRO 9

Recien nacido hijo de madre adolescente según morbilidad

MORBILIDAD	N° DE CASOS	PORCENTAJE
ASFIXIA PERINATAL	54	18
R.C.F	51	17
E.M.H	40	13
SEPSIS NEONATAL	37	12,6
A.R.I.	30	10
ANEMIA RN	18	6
ICTERICIA	13	4,4
SIFILIS	9	3
NEUMONIA CONNATAL	8	2,7
MALFORM. CONGENITA	7	2,3
T.T.RN	7	2,3
HIPOTERMIA	6	2
TNO METABOLICO	6	2
TOXOPLASMOSIS	6	2
TOTAL	292	100

FUENTE: Registros y Estadísticas del Hospital Dr “ Pedro Emilio Carrillo “ de Enero a Diciembre del 2005 .

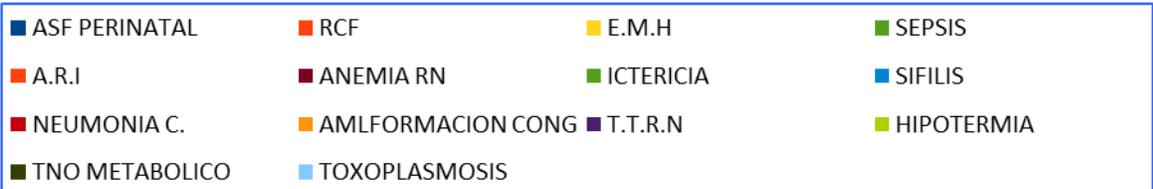
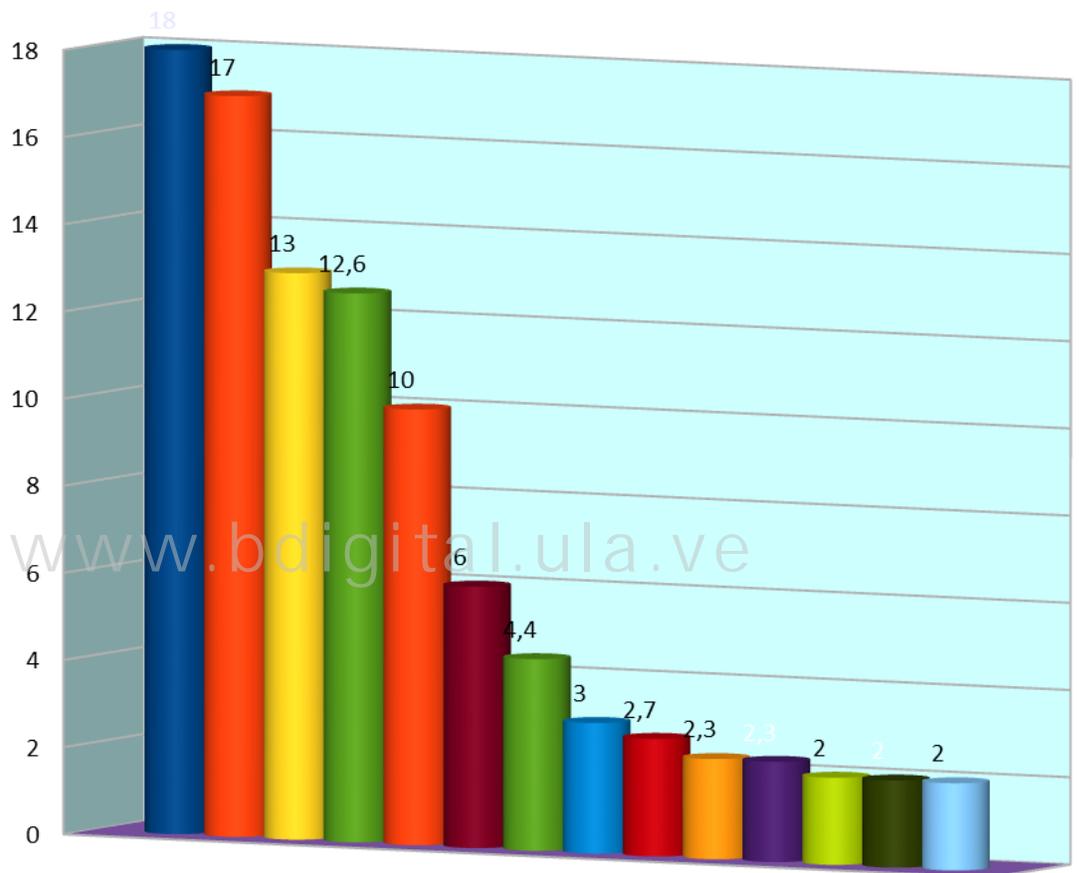


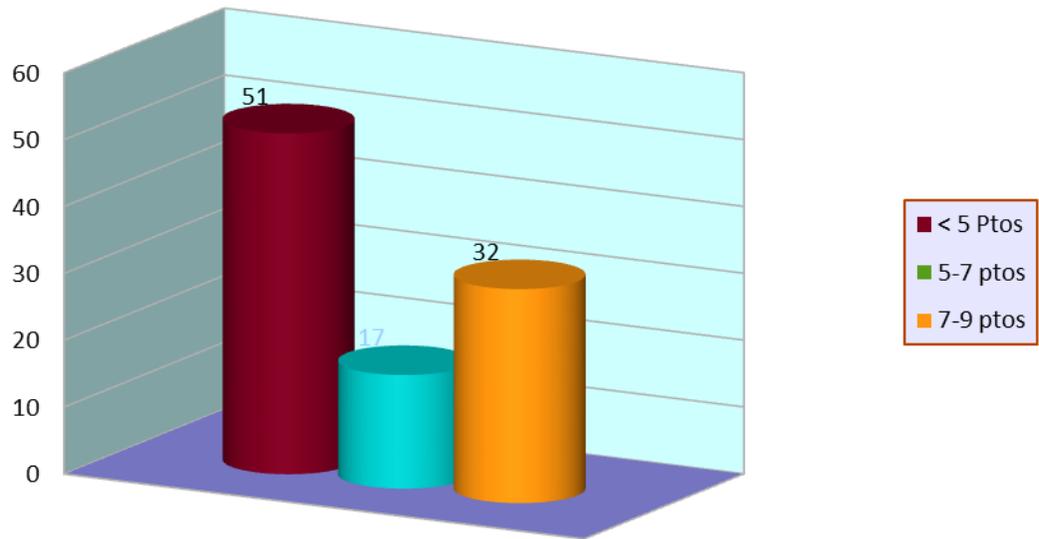
GRAFICO 9 Recién nacido hijo de madre adolescente según morbilidad

CUADRO 10

Muertes neonatales según Apgar al minuto y 5 minutos hijos de madres adolescentes

PUNTAJE APGAR		N° DE CASOS	PORCENTAJE
1 MIN	5 MIN		
3	5	21	51
5	7	7	17
7	9	13	32
TOTAL		41	100

FUENTE: Registros y Estadísticas del Hospital Dr “ Pedro Emilio Carrillo “ de Enero a Diciembre del 2005



www.bdigital.ula.ve

GRAFICO 10 Muertes neonatales según Apgar al minuto y 5 minutos hijos de madres adolescentes

CUADRO 11

Mortalidad neonatal según estancia hospitalaria

MORTALIDAD NEONATAL	N° DE CASOS	PORCENTAJE
TEMPRANA	29	70
TARDIA	12	30
TOTAL	41	100

FUENTE: Registros y Estadísticas del Hospital Dr “ Pedro Emilio Carrillo “ de Enero a Diciembre del 2005

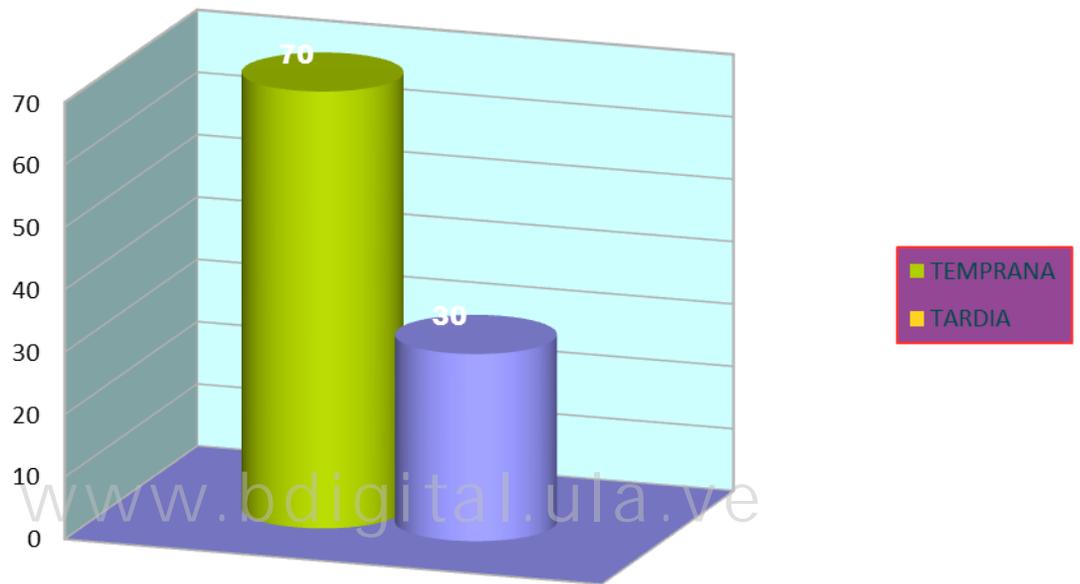


GRAFICO 11. Mortalidad neonatal según estancia hospitalaria

CUADRO 12

Mortalidad neonatal de recién nacido de madre adolescente según las causas

PATOLOGIA	N° DE CASOS	PORCENTAJE
SEPSIS NEONATAL	17	41
ENF MEMBRANA HIALINA	12	30
NEUMONIA CONNATAL	6	14
MALF. CONGENITA	4	10
HIPOXIA PERINATAL SEVERA	2	5
TOTAL	41	100

FUENTE: Registros y Estadísticas del Hospital Dr. "Pedro Emilio Carrillo" de Enero a Diciembre del 2005 .

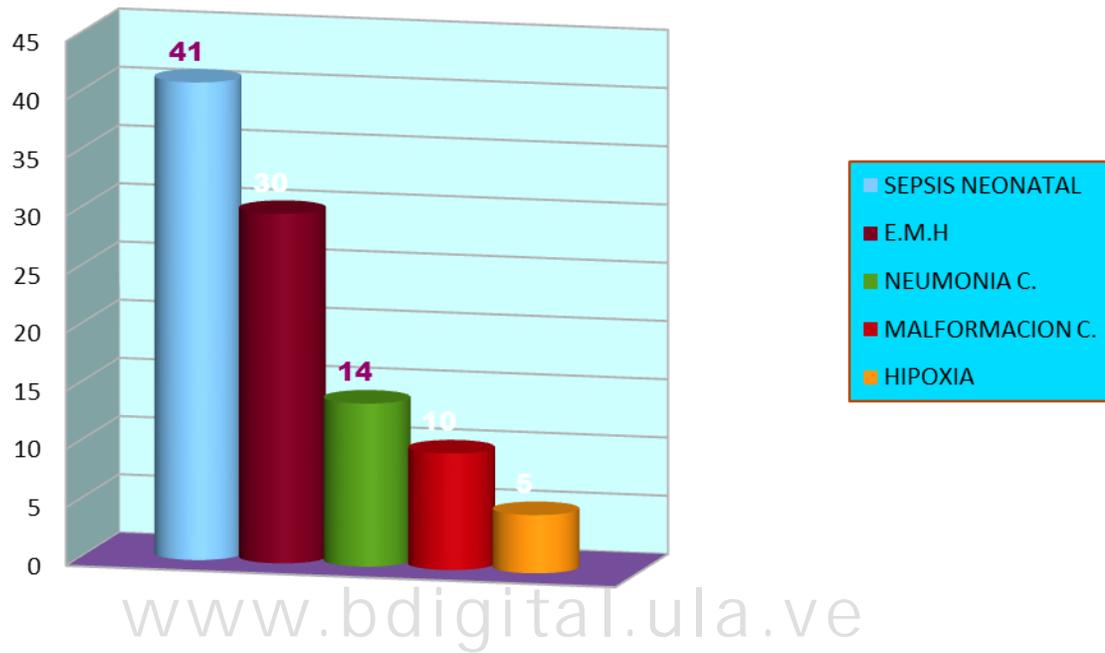


GRAFICO 12. Mortalidad neonatal de recién nacido de madre adolescente según las causas

CUADRO 13

Relación de edad gestacional con mortalidad gestacional en recién nacido de madre adolescente según las causas

EDAD GESTACIONAL	N° DE CASOS	PORCENTAJE
R.N.P.T	28	70
R.N.A.T	13	30
R.N POST	0	0
TOTAL	41	100

FUENTE: Registros y Estadísticas del Hospital Dr. "Pedro Emilio Carrillo " de Enero a Diciembre del 2005 .

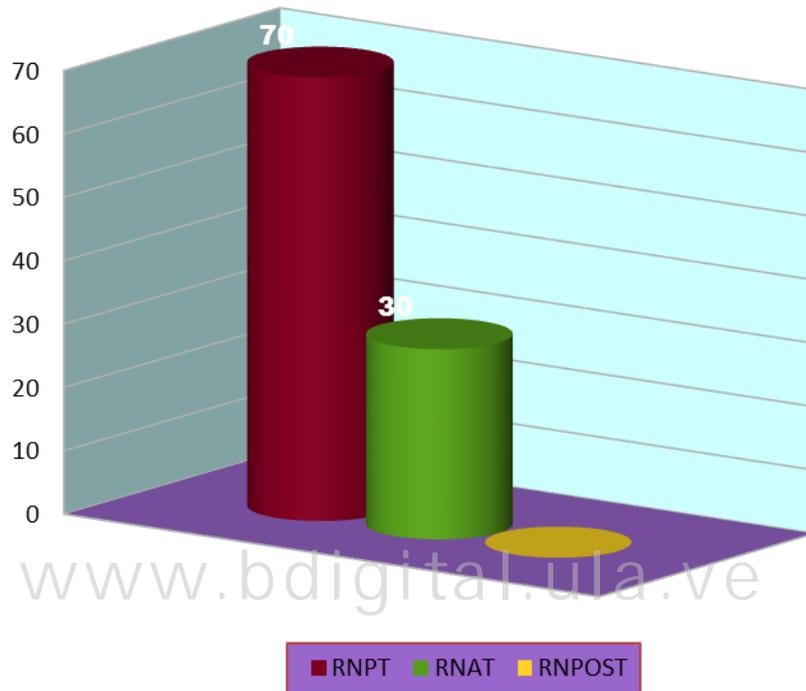


GRAFICO 13. Relación de edad gestacional con mortalidad gestacional en recién nacido de madre adolescente según las causas

CUADRO 14

Muertes neonatales según sexo de hijo de madres adolescentes

MORTALIDAD Y SEXO	N° DE CASOS	PORCENTAJE
FEMENINO	8	19
MASCULINO	33	81
TOTAL	41	100

FUENTE: Registros y Estadísticas del Hospital Dr. "Pedro Emilio Carrillo " de Enero a Diciembre del 2005 .

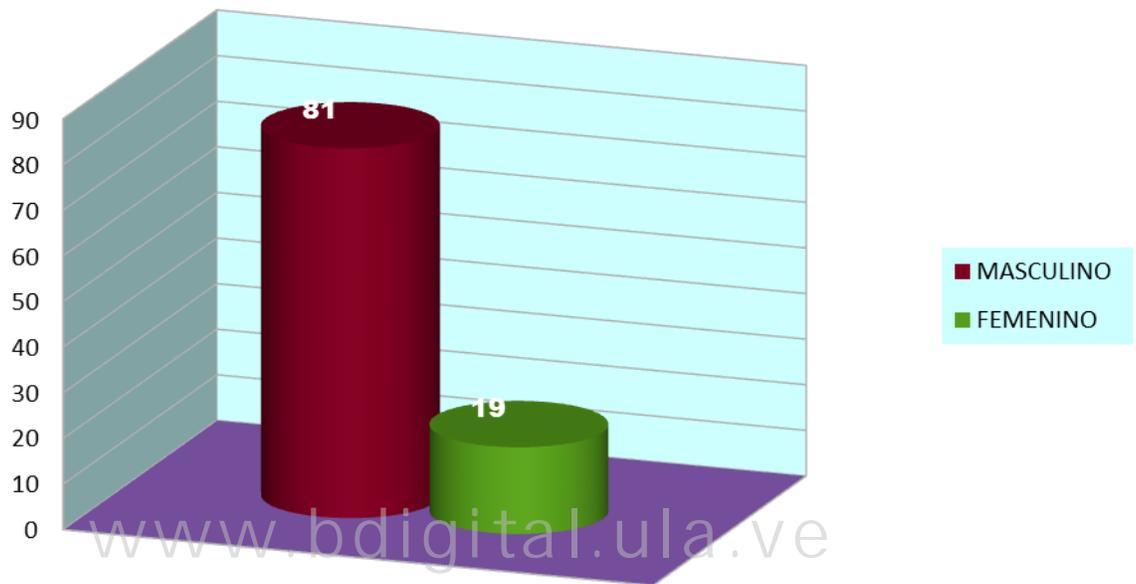


GRAFICO 14 Muertes neonatales según sexo de hijo de madres adolescentes

CUADRO 15

Mortalidad neonatal según edad materna

EDAD MATERNA	N° CASOS	PORCENTAJE
A. TEMPRANA 10-13	0	0
A. INTERMEDIA 14-16	11	30
A. TARDIA 17-19	29	70
TOTAL	41	100

FUENTE: Registros y Estadísticas del Hospital Dr. "Pedro Emilio Carrillo" de Enero a Diciembre del 2005 .

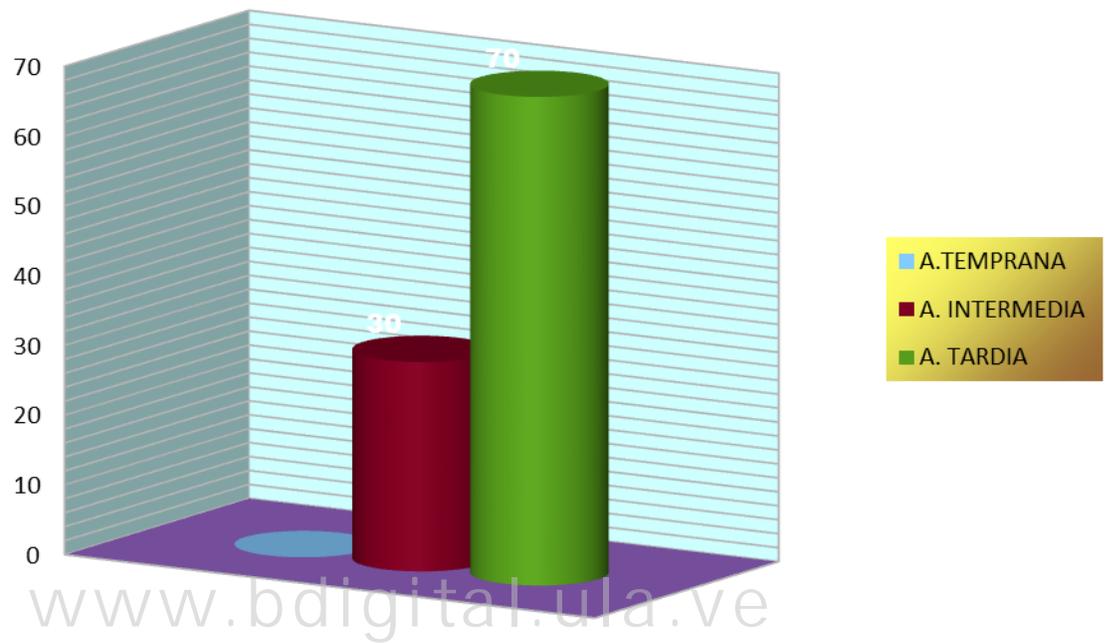


GRAFICO 15.
Mortalidad neonatal según edad materna

CUADRO 16. NUMERO DE NACIMIENTOS SEGÚN EDAD MATERNA

EDAD MATERNA	Nº DE CASOS	%
10- 10 AÑOS	644	15%
20 AÑOS Y MAS	3507	85%
TOTAL	4241	100%

FUENTE: Registros y Estadísticas del Hospital Dr. "Pedro Emilio Carrillo " de Enero a Diciembre del 2005 .

www.bdigital.ula.ve

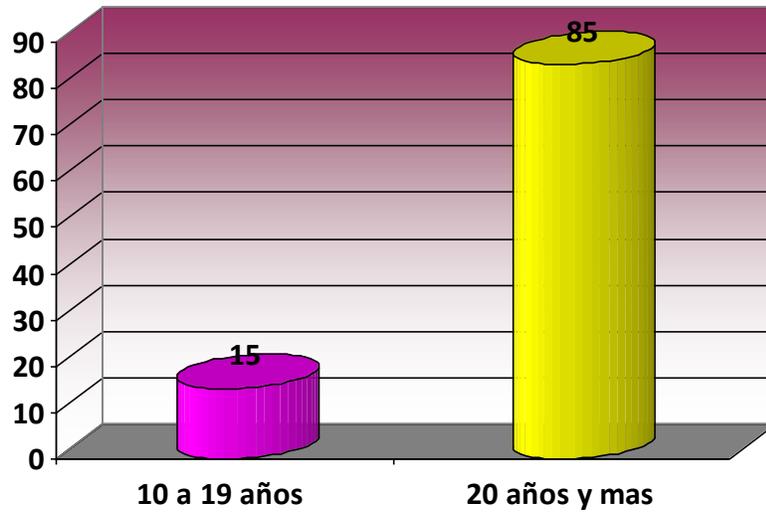


GRAFICO 16.NUMERO DE NACIMIENTOS SEGÚN EDAD MATERNA

www.bdigital.ula.ve

ANALISIS DE LOS RESULTADOS

Una vez tabulado los datos respecto a las causas de morbilidad inherentes a las madres adolescente y de mobimortalidad inherentes a los recién nacidos de madres adolescentes, se procedió a realizar el siguiente análisis:

Del total de recién nacidos (644) estudiados en el Servicio de Reten General y Neonatología del Hospital "Dr. Pedro Emilio Carrillo" desde Enero a Diciembre del 2005 se determinó que los nacimientos según edad materna corresponde al grupo de adolescente comprendidos entre 17-19 años, el cual representa el 63,4%, el grupo comprendido entre los 14-16 años representa el 35% de los casos; con una minoría 0.7% se ubica en el grupo de 10 a 13 años (Cuadro 1).

Con relación al control prenatal de las madres adolescentes, se evidenció que el 60% (386) casos no asistió al control; mientras que un 40% asistió al control prenatal. (Cuadro 2).

Respecto a las causas de indicación de cesárea en madres adolescentes, los resultados reflejan el total de casos (418) a 46% de ellas se les practicó cesárea segmentaria por desproporción cefalopelvica, 110 casos representa el 26% seguido de útero cicatricial 20%, que representa el 84% y seguido de sufrimiento fetal agudo con 13% que representa 55 casos. (Cuadro 3).

En cuanto a la morbilidad de madres adolescentes, se encontró patología en 229 casos del total estudiado; los resultados evidencian que la anemia es la principal causa de morbilidad, representa 54% de los

casos ;seguido de preeclampsia 19 % que representa 43 casos ,seguido de infeccion urinaria 11% ,para 25 casos .(Cuadro 4)

Tomando en cuenta la procedencia materna se observa que el 79 % de las mdresprocedian del medio rural (508) de los casos y el 215 del medio urbano (136) casos .(Cuadro 5) .

Según el estado nutricional del recién nacido de madres adolescentes ,el 75% representa a Iso PEG ;19 % AEG y el 5 % GEG.(Cuadro 6).

Considerando el peso del recién nacido de madres adolescentes,los resultados reflejan que el 72 % (51 casos) presentan BP; 15% M.B.P. 13% , E.B.P. (Cuadro 7).

Según edad gestacional ,el 90% del total de los casos (644) estudiados fue RNAT, 6,6% rnt y 3,8 % posttermino (Cuadro 8).

El registro de la morbilidad del recién nacido de madres adolescentes, demostro como primera causa la asfixia perinatal representada con un 18 % ;rcf con un 17%;13% por E,M.H ,otro 13% por sepsis neonatal ; ARI en un 10% (Cuadro 9).

De la muertes neonatales registradas (41 casos),segun Apgar al minuto y 5 minutos reporta que el 51 % de ellos a los 3 y 5 min (21 casos);el 32 % a los 7 min y 9 min (13 casos) (Cuadro 10).Respecto a la estancia hospitalaria de esas muertes se obtuvo que el 70 % (29 casos) fue temprana ; y tardía representada por el 30% (12 casos) neumonia connatal con 4 % ,malformaciones congentias un 10% e hipoxia perinatal severa 5% .Relacionando la edad gestacional con la mortalidad gestacional con la mortalidad gestacional ,se determino en 70% de los casos (28) R.N.P.T y en un 30 % R.N.T.A (Cuadro 13).

El 81 % de las muertes (33 casos) fue del sexo masculino y el 19 % del sexo femenino .(Cuadro 14). En cuanto a la mortalidad neonatal según la edad materna el 70% de los caoss (29)se registro en el grupo de adolescente de 17-19 años ; y el 30 %en adolescente de 14-16 años (Cuadro 15). En líneas generales el 15% de los nacimientos vivos en el hospital de Valera en el año 2005 fue de las madres adolescentes (Cuadro 16) .

www.bdigital.ula.ve

CAPITULO V

CONCLUSIONES

Con relacion al primer objetivo sobre las causas de morbilidad inherentes a las madres adolescentes de los recién nacidos atendidos en El Servicio De Neonatología Y Reten General Del Hospital Central De Valera “Dr Pedro Emilio Carrillo”, se evidencia el predominio de embarazos en el grupo de las adolescentes de 17-19 años y la falta de control prenatal en la mayoría de los casos. En cuanto al lugar de procedencia de las madres, la mayoría proviene del área rural.

Así misma, se obtuvo que a la mayoría de las adolescentes embarazadas se les practica cesárea debido a la presencia de desproporción cefalopélvica. Entre la patología de mayor incidencia a consulta se registró la anemia. Y en cuanto a la morbilidad neonatal, la más alta se consiguió en el grupo de adolescencia tardía.

Respecto al segundo objetivo relacionado con las causas de morbimortalidad inherente al recién nacido de madre adolescente, se identificó según edad gestacional, estado nutricional y peso el predominio de RNAT, PEG, BP. Entre las causas de mayor incidencia en la morbilidad se registró la asfixia perinatal, la RCF y la Enfermedad membrana hialina. La mayoría de las muertes neonatales fue temprana con puntaje Apgar de 7 puntos al minuto y 5 minutos, a causa de sepsis neonatal y enfermedad membrana hialina.

RECOMENDACIONES

- Las siguientes recomendaciones van dirigidas tanto a la comunidad , a la familia de la usuaria a esta y a su pareja , con el fin de mejorar los niveles de salud de todos.
- Con relación a la prevención primaria se trata de disminuir la probabilidad del embarazo precoz por supresión ,disminución o compensación de los factores de riesgo .
- Proporcionarle a la usuaria un servicio de atención integral por personal calificado ,que garantice la privacidad y confidencialidad .
- Capacitar a los padres , maestros y profesores de la comunidad en educación para la vida sexual .
- Desarrollar programas de educación sexual y educación para la vida familiar ,que incluyan orientación para la toma de decisiones ,manejo de los sentimientos ,temores y la autoestima .Alentar a la postergación de la actividad sexual hasta que la adolescente tenga madurez cognoscitiva y emocional para manejar en una forma adulta todas las implicaciones de una relación sexual .
- Dar apoyo y preparación a los adolescentes para identificar y resistir las presiones sociales y grupales que favorecen las relaciones sexuales tempranas .
- Promover el concepto de que todo niño que viene al mundo tiene el derecho a nacer deseado y protegido.
- Motivar a los adolescentes a evitar el embarazo y a utilizar los servicios de planificación familiar ,para obtener información técnica confiable .
- Promover la idea de que ambos progenitores tienen el deber de dar amor y protección a los hijos .
- Indicar a los adolescentes los factores de riesgo por involucrarse en una actividad precoz .

- Desarrollar cursos talleres para los jóvenes en donde se discutan temas relacionados con el uso responsable de la sexualidad autoestima y toma de decisiones.
- La prevención secundaria se trata de disminuir la posibilidad de que el embarazo se grave o se complique, para ello se controla se disminuyen o se compensan los factores de riesgo que existen durante y después del embarazo.
- Considerar el embarazo de las adolescentes como de alto riesgo y dar atención obstétrica y pediátrica especializada .
- Estimular una nutrición adecuada.
- Dar apoyo psicológico y orientación a la adolescente a su pareja y su familia .
- Estimula la preparación para la maternidad .
- Preconizar la lactancia materna .
- Promover el concepto de la importancia del control del embarazo ,la relación directa que existe entre las complicaciones y el número de semanas sin atención médica. Concienciar a la madre ,que los problemas médicos son más graves cuanto menor es la edad de la usuaria .
- Estimular a la adolescente a atender sus propias necesidades del desarrollo, a fin de completar su madurez psicosocial.
- Estimular el retorno a la escuela para completar su formación.
- Estimularla para alcanzar buena capacitación y buenos niveles para la preparación de la vida .
- Involucrar al padre en la responsabilidad con respecto a la crianza del hijo .

- Con respecto a la prevención terciaria aquí se trata de disminuir las secuelas e incapacidades en la parte de funcionamiento físico psicológico y social
 - Estimular a las adolescentes que acudan a los servicios de planificación familiar para que reciban la debida orientación.
 - Brindar orientación a las familias con madres adolescentes.
 - Evitar un segundo embarazo precoz.
 - Estimular a las madres adolescentes al control de crecimiento de su hijo ,tanto del punto de vista pediátrico,como por los servicios especializados en actividades psicosociales .
 - Desarrollar políticas tendientes a resolver problemas de la vivienda para evitar el hacinamiento ,la promiscuidad y el incesto.
 - Dar apoyo integral al adolescente,darle un espacio en la sociedad valorizarlo y elevar el autoestima .
 - Fomentar la comunicación entre padres e hijos especialmente sobre sexualidad.
 - Concientizar a los dirigentes comunales sobre las necesidades de los adolescentes ,especialmente en lo que se refiere a salud sexual y reproductiva.

BIBLIOGRAFIA

ANDERSON MICHAEL ,BLUMER DEFREY L:**Clinics Of North American. advances in the terapy for sepsis in children.The Pediatrics Clinics Of North American** .1197;44 (1): 179-205.

AVERY ME: **En fisopatologia y manejo del recien nacido**.Tercera Edicion 1990.

BOTERO,JUBIZ,HENAO.**Texto Integrado de Ginecologia y Obstetricia** Septima Edicion,28:273.

BRACHO ,CIRA: **Manual De Promocion De Salud Sexual Y Reporductiva Del Adolescente** .Mopea.Direccion De Medios,publicaciones.1997

CARDONA RESTREPO ,MANOTAS R:et al. **Diagnostico De Situacion Perinatal En Medellin** .1997

CERIANI,JOSE MARIA:**Neonatologia Practica**.Editorial panamericana .2xxedicion 1991.

CORREA L GOMEZ,J:Posada Ricardo.**Fundamentos De Pediatría:Generalidades Y Neonatologia** .Corporaciones Para Investigaciones Biologicas Medellin.Colombia 199,31:458-482

DIAZ H,MANOTAS R:**Toxoplasmosis Congenita** .presentacion tardia ,acta pediatrica 2001; 1:18,

FERNANDEZ J:**Factores Realcionados Con Obito Fetal**.rev perinatologia 1989;4:95-104,

GORDON,FLESHER,MCDONALD: **Neonatalogia , Fisopatologia Manejo Del Recien Nacido** .Editorial Medica Panamericana .Quinta Edicion.1196,2:23-25.

HERNANDEZ R, FERNANDEZ C:Metodologia De La Investigacion Mexico,Segunda Edicion.Editorial Mc Graw Hill.1998.

INFORME DE COMITÉ DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS.

Inmunizacion Actva Y Pasiva .LIBRO ROJO 1994,23a.ED. Version Española Barcelona 1994:25

LUCAS A ,MORLEY R,COLE T:Adverse Neurodevelopment outcome of moderate neonatal hypoglicemia,Br Med J 1988;297:1304

MAISELS ML.Ictericaneonatal.En Avery GB;Neonatalogia,Fisiopatologia, y menjo del recien nacido .3 Edicion ,Editorial Panamericanan S.A,1990:544-637

MOLINA M: "**Factores Maternos Relacionados con el retardo de crecimiento Intrauterino en el Servicio De Neonatologia** .Hospital Central de Valera "Dr Pedro Emilio Carrillo"Edo Trujillo 2004.

MORENO ,A ; CANO V; GARCIA R:el riesgo como indicador de necesidades Epidemiologia clinica :segunda Edicion .Mexico Edicion Interamericana 1994; 1-6

NELSON, **Tratado de Pediatría** .Edicion 15vol.1 McGraw Hill Interamericana,1997:643-651

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. **La salud de los Adolescentes y los jóvenes en las Americas**.Escribiendo el futuro:Comunicacion para la salud Washington DC EE.UU.1995

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. **La salud de los Adolescentes y los jóvenes en las Americas**.OPS/OMS Washington DC EE.UU.1995.p 99

SANCHEZ ,DE LA CRUZ B. **Ginecologia infanto juvenil**.Editorial Ateproca.1997:321-323

SERRANO,C:”La salud Integral de los Adolescentes y los jóvenes,su pormocion y su cuidado “.La salud del adolescente y el joven .

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. **La salud de los Adolescentes y los jóvenes en las Americas**.PUB,552,Washington DC EE.UU.1995.

SILBER,T:**El Embarazo En La Adolescencia “La Salud En El Adolescente Y El Joven**.ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUDORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD Washington DC EE.UU.1995.

S.UCROS.A CAICEDO.G LLANO:**Guías De Pediatría Practica Basadas En La Evidencia** .ED PANAMERIANA 2004:28:354

A N E X O S

www.bdigital.ula.ve

**CESAREAS DE MADRES ADOLESCENTES
10-19 AÑOS
ENERO A DICIEMBRE
AÑOS 2005**

C.C Reconocimiento

